ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE

HUITIÈME SÉRIE — TOME HUITIÈME

CINQUANTE-SIXIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1898

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Psychologie morbide.

GÉNIE ET FOLIE

RÉFUTATION D'UN PARADOXE

Par le Dr Albert REGNARD

Suite (1)

V

B. — Grands politiques et chefs de peuple.

Il y a lieu d'établir ici deux subdivisions, comprenant : *a.* les politiques et hommes d'Etat proprement dits ; *b.* les réformateurs et enthousiastes religieux, que je ne regarde pas, pour ma part, comme des Héros de l'Humanité ; seulement, je puis d'autant moins les rejeter, dans l'espèce, qu'on me reprocherait, avec quelque apparence

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1898.

de raisou, d'avoir voulu me débarrasser du principal déchet.

a. Grands politiques et hommes d'État. — Nous retiendrons les noms suivants, universellement admis :

Cyrus, Solon, Clisthène, Miltiade, Léonidas, Aristide, Thémistocle, *Périclès*, *Alcibiade*, Thrasybule, Epaminondas, Timoléon, *Démosthène*, Alexandre, Démétrius Polioccrte, Philopœmen.

Junius Brutus, Camille, Manlius Capitolinus, Fabricius, Spurius Cassius, Licinius Stolon, Cincinnatus, Décius, Fabius Maximus, Regulus, Scipion l'Africain, Paul Emile, Tiberius et Caius Gracchus, Pompée.

César, Titus, Vespasien, Adrien, Nerva, Antonin, Trajan, Marc-Aurèle, Dioclétien, Julien.

Théodoric, Charles-Martel, Charlemagne, Alfred, Othon le Grand, Rodrigue le Cid, Jean Hunyade, Louis XI, Comines, Isabelle de Castille, Henry V, Côme de Médicis, Léon X, *Charles-Quint*, Don Juan de Lépante, Elisabeth, Henri IV, Sully, *Richelieu*, Oxenstiern, Guillaume le Taciturne, Gustave-Adolphe, *Cromwell*, Jean de Witt, Ruyter, Jean Sobieski, Vauban, Colbert, Guillaume III, *Pierre le Grand*, *Frédéric le Grand*, *Catherine II*, *Napoléon*.

Rienzi, Machiavel, Etienne Marcel, Jacques Arteweld, Pierre de Gondi, Pombal, d'Aranda, Kosciusko, Franklin, Sieyès, Danton, Anacharsis Clootz, Hoche, Marceau, Washington, *Mazzini*, *Cavour*, Garibaldi.

Voilà quatre-vingt-douze héros, sur lesquels treize sont portés par M. Lombroso à l'actif de sa théorie.

Mais, je retrancherai d'abord Alcibiade et Démosthène, accusés de bégaiement. Outre que ce « stigmate » ne suffit pas, à lui seul, pour caractériser la dégénérescence, et que, de plus, il peut coexister avec une intégrité parfaite des pouvoirs psychiques, complètement indépendants de sa réalité, — il apparaît comme insignifiant et transitoire chez ces deux grands hommes. Alcibiade, nous dit Plntarque d'après Théophraste, cherchait souvent, daus ses discours, ce qu'il fallait

dire et parfois s'arrêtait court en pensant à la suite de son improvisation (1). Est-ce là du bégaiement ? Pas le moins du monde ; c'est le cas, tout simplement, de beaucoup d'orateurs, et des plus grands, dont les foudroyantes périodes ne s'échappent que par bonds et saccades ; bien différents des rhéteurs « à robinet », dont la bouche s'ouvre en laissant passer, comme par les portes d'une écluse, un flux intarissable de paroles ininterrompues, mais sans éclat. Est-ce qu'avec un vrai bégaiement, Alcibiade aurait pu, dès son début dans les affaires, et très jeune encore, éclipser les autres orateurs (2) ? J'en dirai autant de Démosthène, le plus grand de tous, et qui ne serait jamais devenu tel si véritablement il avait fallu le compter parmi les bègues. Que les malheureux atteints de cette infirmité s'en aillent donc, avec de petits cailloux plein la bouche (3), déclamer des tirades sur le bord de la mer en furie, ou ailleurs ; tout le monde sait d'avance qu'ils n'en parleront pas mieux. Démosthène paraît avoir souffert tout bonnement d'un défaut de prononciation, d'une articulation incorrecte et insuffisante, ce qui se corrige assez aisément.

Il est particulièrement pénible de voir figurer ici Périclès, le plus grand homme d'Etat de tous les temps, comme Aristote en est le plus grand philosophe. Et cela parce qu'il avait la tête un peu oblongue ; les poètes comiques l'appelaient *Schinocéphale* (tête de scille). D'autre part, il ressort surtout d'autres citations de Plutarque dans le même passage, que le grand dictateur athénien, — un vrai dictateur par persuasion, celui-là ! — avait surtout un crâne extrê-

(1) Plutarque. *Vie d'Alcibiade* et *Préceptes pour les Hommes d'Etat*, 8.
(2) Plutarque. *Vie d'Alcibiade.*
(3) *Ibid. Vie de Démosthène.*

mement développé. « Périclès, dit Téléclide, ne sait plus que devenir : tantôt il demeure assis dans la ville, soutenant de ses mains son crâne pesant ; et tantôt, de son énorme tête, il fait jaillir un bruit de tonnerre » (1). De fait, tous ceux qui ont eu la bonne fortune de contempler le buste du *British Museum* devront l'avouer : impossible de rien rêver de plus admirable que cette tête, respirant, avec la puissance et la sérénité, une bienveillance ineffable, signe visible et caractéristique des qualités maîtresses, qui faisaient de ce héros l'objet de l'enthousiasme universel et lui valurent le surnom d'Olympien.

J'écarte ensuite Mazzini, signalé comme « célibataire » (p. 43) et Catherine la Grande, accusée d' « anomalie sexuelle » (p. 222). A propos de cette dernière, j'infligerai à l'auteur, la citation tout entière : « Il y a un fait qui corrobore toutes les données citées plus haut. C'est que presque toutes les femmes géniales présentent des cas d'anomalies sexuelles. Il suffit de rappeler Sapho, la grande Catherine, Aspasie, George Sand » (p. 222). On aura beau dire : c'est écœurant et par trop « biblique ».

Cromwell et Cavour ne nous arrêteront guère plus longtemps. Pour ce qui concerne l'immortel restaurateur de la liberté et de la puissance britanniques, il n'y a contre lui qu'une prétendue hallucination, au cours de laquelle il aurait vu paraître « un fantôme gigantesque, lui prédisant qu'il deviendrait le plus grand homme de l'Angleterre » (p. 42). Mais, d'abord, on raconte de pareilles histoires de presque tous les personnages partis d'en bas et arrivés très haut ; de plus, celle-ci se trouve exposée pour la première fois dans la *Vie de Cromwell* par ce James Heath que Carlyle appelle *carrion* —

(1) *Ibid. Vie de Périclès.*

comme qui dirait *charogne* Heath — et auquel, dans sa magistrale biographie du Protecteur, il n'accorde, avec raison, aucune importance (1). « On peut à bon droit trouver étrange, écrit un des derniers biographes de Cromwell, que Ranke ait cru devoir faire intervenir comme un des traits propres à caractériser le Protecteur, une fable telle que celle-là, manifestement imaginée dans les pires intentions du monde (2). »

Quant à Cavour, il était célibataire (p. 27), détestait la musique (p. 48), et faillit se suicider (p. 71-73). Si le grand homme d'État italien s'était en effet suicidé, il y aurait lieu d'approfondir la question ; mais entre l'idée, l'intention de se tuer et sa réalisation, il y a un abîme. Combien de gens arrivent sur le bord du précipice sans pourtant s'y jeter, non par manque de courage, mais parce qu'ils n'ont pas suffisamment réalisé cet état de démence — je ne parle pas des Caton et des Brutus — dans lequel le sentiment de la conservation étant complètement aboli, l'individu entre en plein dans la monomanie suicide et s'extermine sans douleur comme sans regret. Tant que le sujet n'est pas arrivé à cet « état d'âme », on n'est pas en droit de le considérer comme un monomane.

Je n'ai pas donné de place à Charles-Quint dans mon calendrier, estimant que le petit-fils de Maximilien devait la plus grande partie de sa gloire aux circonstances extérieures, parmi lesquelles le « *tu, felix Aus-*

(1) « L'origine de toutes les biographies hostiles, la source principale de toutes les sottises qui se sont dites à propos d'Olivier, est le triste petit livre intitulé : *Flagellum, or the Life and Death of O. Cromwell, the late Usurper, by James Heath*, — lequel parut aussitôt que possible après l'*Annus mirabilis*, ou de la Glorieuse Restauration, et est conçu dans l'esprit que l'on peut se figurer. » (Carlyle, *Oliver Cromwell, letters and speeches*. London, 1845, p. 12 et 30 de la *People's édition*.)

(2) F. Hœnig. *Oliver Cromwell*, t. I, p. 79, Berlin, 1887-1889.

tria, nube ! » joue un rôle prépondérant. Cependant, puisque M. Lombroso l'insère dans sa liste de stigmatisés, et qu'il n'y a pas de raison pour le rejeter d'une façon absolue, comme un Cardan, il m'a fallu le prendre aussi. Or, Charles-Quint est dénoncé par notre auteur comme chauve, bègue (p. 26) et épileptique (p. 66). Moreau (de Tours) avait rappelé le cas de Jeanne la Folle, mère de l'empereur et la retraite de ce dernier dans le soi-disant monastère de Saint-Just, où, après avoir vécu de la vie des cénobites, il aurait eu l'étrange idée de faire célébrer ses funérailles de son vivant (1), etc.

Pour ce qui regarde l'épilepsie, voici ce que dit Mignet : « Dans sa jeunesse, il avait ressenti des accès nerveux *qui ressemblaient à l'épilepsie* et que son historien Sepulveda appelle de ce nom. A la fin de 1518 et au commencement de 1519, deux de ces attaques l'avaient renversé sans connaissance... Délivré de cette terrible maladie en 1526, à la suite de son mariage avec l'infante Isabelle de Portugal, il ne cessa d'éprouver des douleurs de tête qui l'obligèrent à couper ses longs cheveux en 1529 (2) ». Rien ne prouve en effet qu'il se soit agi de véritables attaques d'épilepsie ; en tout cas, ces accès disparurent complètement en 1526 et il n'y a pas à compter avec eux dans le cours de la vie active de l'empereur. D'autre part, sa mère était folle, comme le fut aussi la sœur de Hegel ; j'ai dit plus haut que cela n'avait qu'une importance tout à fait secondaire et même nulle, si, contrairement à l'assertion de nos adversaires, de pareils cas apparaissaient comme exceptionnels. Charles-Quint se ressent beaucoup moins de « l'héritage » de sa mère, si l'on veut me per-

(1) Moreau, *loc. cit.*, p. 520.
(2) Mignet. *Charles-Quint. Son abdication, son séjour et sa mort au monastère de Yuste*, 10e édit. Paris, 1882, p. 20. Sepulveda, vol. II, lib. xxx, c. 35, p. 536.

mettre cette expression, que de celui de son arrière-grand-père et de ses aïeuls : Charles le Téméraire, Isabelle de Castille et Maximilien. En somme, ce ne sont pas là de mauvais antécédents, et on peut dire avec raison qu'il a « fait honneur à sa famille ». Mais, d'une assez faible constitution, il n'était pas capable de résister aux excès amoureux qu'il se permettait (1), combinés avec les perpétuels soucis et fatignes de ses grandes entreprises. « Notez, dit Bayle, qu'il courut un bruit que Charles-Quint avait la vérole : *Imperator, ut nonnulli confirmant, ex morbo Gallico laborat* (2). » Le fait n'est pas prouvé ; rien d'étonnant d'ailleurs, à ce que l'empereur ait rivalisé sur ce point avec François Ier, comme sur tant d'autres. Dans tous les cas, pas n'est besoin de faire intervenir ici une soi-disant « folie syphilitique ». La vérité est que Charles-Quint, vieilli avant l'âge, aigri, assommé par ses derniers échecs, s'empressa de se débarrasser du pouvoir, qu'il avait peur de voir désormais péricliter entre ses mains. Il se retira au monastère de Yuste, où il ne mena pas du tout le genre de vie imbécile que lui prêtent Robertson et tous les autres sur la foi des moines hiéronymites. « Dans sa pieuse retraite, dit un auteur récent et non suspect de partialité, Charles-Quint vivait à part des moines. Sa résidence, contiguë au monastère, en était indépendante comme sa vie. Très dévotieux, il se sentait aise du recueillement monacal qui l'enveloppait, mais il n'entendait pas cependant, comme on l'a prétendu, s'astreindre aux rigueurs ascétiques. Ce qu'on

(1) « On raconte qu'il buvait toujours trois fois à son dîner et à son souper. Lorsqu'il couchait avec une belle dame (car il aimait l'amour et trop pour ses gouttes), il n'en eût jamais parti qu'il n'en eût joui trois fois. » (Brantôme, *Capitaines étrangers*, t. I, cité par Bayle, art. *Charles-Quint*, note V.)

(2) Bunel. *Epist.*, XXVIII (cité par Bayle, art. *Charles-Quint*, note U).

a dit du déclin de son intelligence et de son dénuement claustral à Yuste n'est pas plus exact. L'empereur survivait toujours dans l'anachorète; mêlé encore aux plus hauts intérêts de la politique, il gardait toute la fierté de son génie dans un corps vaincu. « Son esprit, « dit Mignet, resta ferme, son âme haute et son carac- « tère décidé, ses vues fortes ; il donna, sur la conduite « de la monarchie espagnole, les plus habiles conseils « et les directions les plus prévoyantes à sa fille, « la gouvernante d'Espagne, et au roi son fils. » Jouissant du bien-être d'une vie opulente (son entretien annuel coûtait 20,000 ducats) (1), il habitait, non une modeste cellule, comme l'ont avancé Sandoval et Robertson, mais une confortable maisonnette », etc. (2). On voudra bien excuser ces détails : il est indispensable de couler bas toutes ces légendes qui, en faussant l'histoire, fournissent des armes aux détracteurs de l'humanité, aux adeptes de la théorie du « valet de chambre (3). »

Pour ce qui concerne Richelieu, la légende a été forgée de toutes pièces par lesdits adeptes, à l'aide d'un ridicule document. « Richelieu, dit M. Lombroso, d'après Moreau (de Tours), dans un accès épileptique, se croyait

(1) Cette somme équivaudrait, d'après Mignet, à 720,000 de nos francs.

(2) Van Arenbergh, *Charles-Quint*, t. II, p. 158. Société de Saint-Augustin ; Derelici, imprimeur des facultés catholiques. Lille, 1890. — Cf. Mignet, *loc. cit.*

(3) Un mot encore sur la fantaisie qu'aurait eue Charles-Quint d'assister au simulacre de son propre enterrement. Quiconque prendra la peine de lire le dernier chapitre du livre si consciencieux de Mignet, reconnaîtra sans doute la fausseté du récit des moines hiéronymites de Yuste. Outre que le 31 août, jour assigné à ses soi-disant funérailles anticipées, il était retenu dans sa chambre par la maladie, — il est tout à fait incompréhensible que ni son majordome, ni son secrétaire, ni son médecin, qui mentionnent tous les incidents, même les plus simples, dans leurs lettres, ne parlent pas d'un événement aussi extraordinaire. (Mignet, *loc. cit.*, p. 410, sq.).

changé en cheval et sautait autour d'un billard. Revenu à lui-même, il avait tout oublié : ce qui dénote évidemment que c'était là un accès épileptique (p. 69) ». Peut-être ; mais encore faudrait-il savoir jusqu'à quel point le grand cardinal sautait autour d'un billard en hennissant comme un cheval. Moreau a ramassé cela dans les papiers de Madame, mère du Régent (1). Fille de l'Electeur Palatin, cette princesse, qui n'avait de passion que pour la chasse, les chevaux et les chiens et préférait au café et au chocolat « un bon plat de choucroute et des saucissons fumés », passait la plus grande partie de son temps à écrire à ses parents d'Allemagne, « de longues lettres dont les fragments ont servi à former ces singuliers mémoires, où la cour de France, à l'exception du roi, est déchirée, injuriée impitoyablement. » Voici le fragment auquel il est fait allusion ici :

11. « Le cardinal de Richelieu, avec tout son esprit, avait de violents accès de manie. Il s'imaginait quelquefois être un cheval ; il sautait alors autour d'un billard et donnait des coups de pied à ses domestiques en hennissant et faisant un bruit terrible pendant une heure ; après quoi ses domestiques le mettaient au lit, le couvraient bien ; il s'endormait et suait beaucoup. A son réveil, il ne se souvenait pas de ce qui s'était passé. » — Du 5 juin 1716 (2).

Ainsi, c'est une simple note que Madame n'a peut-être jamais utilisée pour sa correspondance ; et voilà, soixante-quinze ans environ après la mort de Richelieu, la première nouvelle d'une série d'accidents aussi extraordinaires ! « Nous avons consulté de nombreux écrits

(1) Moreau, *loc. cit.*, p. 523.

(2) *Fragments et lettres originales de Madame*, Charlotte-Elisabeth de Bavière, veuve de Monsieur, frère unique de Louis XIV. A Hambourg et à Paris chez Maradan, t. Ier, p. 9, 1788.

relatifs à Richelieu, écrit M. Brunet (1), sans rien trouver qui confirme l'étrange récit de Madame. Tallemant des Réaux, si fertile en médisances et en anecdotes hasardées, est muet à cet égard ». Je n'ai pas été plus heureux, en 1898, que ne l'avait été M. Brunet en 1855. Il faut donc, jusqu'à nouvel ordre, reléguer au nombre des fables l'extraordinaire récit de cette duchesse d'Orléans, l'unique document, en somme, dont nos contradicteurs aient pu se servir, pour admettre la soi-disant épilepsie de Richelieu (2).

J'ai hâte d'arriver à Pierre le Grand. « Nous chercherions vainement ailleurs une confirmation plus éclatante de nos idées, dit Moreau (de Tours), une preuve plus évidente des rapports que nous soutenons exister entre l'état névropathique et certains états intellectuels et affectifs. Génie à sa plus haute puissance, imbécillité congéniale, vertus et vice également poussés à l'extrême, emportements maniaques, irrésistibles, immédiatement suivis de repentir, passion de l'œuvre civilisatrice qu'il poursuit poussée jusqu'au parricide, habitudes crapuleuses, attaques épileptiformes, etc., tout se trouve réuni chez le tsar Pierre ou dans sa famille (p. 520) ». M. Lombroso se contente de signaler Pierre le Grand comme épileptique (p. 68), ivrogne (p. 86) et maniaque (p. 212) ; ce qui est d'ailleurs suffisant !

J'avoue qu'au premier abord, comme on dit vulgairement, j'en avais fait mon deuil ; cet homme extraordinaire, génie puissant d'une part, ivrogne et assassin de l'autre, me semblait destiné à grossir le nombre, si restreint du

(1) Brunet. *Correspondance complète de Madame, duchesse d'Orléans*, t. Ier, p. 241. Paris, 1855.

(2) Que ce grand homme ait été valétudinaire, comme l'auteur de *Tartufe*, voilà qui n'est pas douteux. Il souffrit toute sa vie de fièvres intermittentes, de migraines, de névralgies, des hémorroïdes, de la gravelle ; la tête n'en resta pas moins saine. — Cf. Dussieux. *Le Cardinal de Richelieu, passim.* Paris, 1886.

reste, des dégénérés justifiables de la doctrine du génie-folie. En y regardant de près, il m'a paru qu'il y avait une autre explication.

Les faits ne sont pas contestables — à part l'épilepsie. Pierre avait des absences, cela n'est pas douteux — mais qu'il faut mettre sur le compte de la « boisson » et non sur celui du mal comitial, dont l'existence chez lui n'est nullement prouvée. Il était aussi affligé d'un tic, consistant dans un mouvement de rotation de la face à gauche et en arrière, comme s'il eût voulu la mettre entre les deux épaules ou comme pour apercevoir son épée par-dessus son épaule gauche. Ce tic le prenait surtout au début de certaines périodes d'abrutissement, effet du vin, où il restait plongé des heures entières. De là, entre autres choses, « l'habitude de dormir les deux mains accrochées aux épaules d'un officier d'ordonnance ».

« On a voulu y voir, dit M. Waliszewski, la source des suppositions malveillantes dont les mœurs intimes du souverain ont été l'objet (1) ». C'était tout de même une singulière façon de s'endormir.

Mais à part l'épilepsie, on doit tenir pour vraies toutes les autres accusations portées contre Pierre Ier. « Le matin du 11 juillet 1705, visitant le monastère des Pères Basiliens à Polock, il s'arrête devant la statue de l'illustre martyr de l'Ordre, le bienheureux Josaphat. On l'a représenté avec une hache enfoncée dans le crâne. Il demande des explications : — Qui a mis ce saint homme à mort? — Les schismatiques ! » (2) — Ah! ah! les schismatiques, se dit Pierre, mais c'est nous autres ! Et là-dessus, d'un grand coup d'épée, il envoie le Père supérieur rejoindre

(1) Waliszewski, *Pierre le Grand. L'Education, l'homme, l'œuvre*, d'après des documents nouveaux. 1 vol. in-8°, p. 114. Paris, Plon, 1897.

(2) *Ibid.*, p. 129.

le bienheureux Josaphat. Les officiers viennent à la resconsse et cinq moines sont exterminés.

« Rien de mieux établi, en apparence, dit encore M. Waliszewski, que sa réputation de férocité. C'est à voir pourtant. Il assiste fréqnemment dans les chambres de torture aux interrogatoires où l'estrapade et le knout font leur besogne, comme aussi sur les places publiques où se déploie l'appareil des supplices les plus révoltants. On croit même qu'il n'y paraît pas toujours en simple témoiu..... Mais la discussion soulevée à ce sujet me semble oisense. Qu'il fasse à l'occasion le métier de bourreau, pourquoi pas? Il fait bien ceux de matelot ou de mennisier, et il ne sent pas, il ne peut pas sentir la différeuce... Pierre coupe donc les têtes? c'est possible. Et il trouve du plaisir à le faire? C'est probable, comme à faire n'importe quoi : le plaisir de l'action (1). »

Mais, permettez ! l'action de conper des têtes ou d'assassiner à coup de sabre ne peut procurer du plaisir qu'à deux sortes de gens : à des criminels, à des fous moraux ou à des sauvages. Là perce le mot de l'énigme, la solution de l'antinomie que M. Waliszewski n'a pas su, peut-être n'a pas voulu découvrir.

Pierre le Grand est nn sanvage, de fait — un Tartare (*Tatar* pour les Russes). Ce n'est pas seulement nne affaire d'entourage, de milieu ; une bonne moitié de son sang est du sang mongol. Cela paraît avec la dernière évidence dans le portrait que renferme encore la cahute de Zandam ; c'est une affreuse croûte, mais nn portrait très ressemblant (2), et dans lequel l'obliquité des yenx, vaguement indiqnée dans les autres « icônes », ne saurait être méconnue. C'est, du moins, ce qui m'a frappé ; et d'ailleurs combien de Moscovites,

(1) *Ibid.*, p. 133.
(2) Sans quoi, vraisemblablement, on ne l'eût pas conservé.

en ce temps-là, pouvaient se vanter d'être des Slaves, des Aryens purs ? De plus, sa mère, Kirillovna Narychskine paraît bien avoir été la descendante, non pas d'une famille tchèque, les Narisci, mais du *tatar* Narisch, retrouvé par l'historien Müller dans l'entourage du Kniaz Ivan Vassilevitch (1).

Et de même qu'on ne peut pas dire des Tartares qu'ils sont des criminels ou fous moraux, encore que, dans ces temps lointains, leur caractéristique essentielle ait été l'amour du pillage et le goût du meurtre, — de même on ne peut pas dire de Pierre le Grand qu'il fut un fou moral, mais seulement, pour une bonne part, un Tartare. En ce grand homme, il y eut véritablement deux natures ; par la bonne, par la nature aryenne, il fit les grandes choses que l'on sait et qui se peuvent résumer d'un mot : il créa la Russie. Avant lui, on ne voyait là qu'un affreux mélange de membres discordants, au milieu desquels dominait l'influence du sang mongol. Et qui sait ? Si le tsar Pierre n'avait pas eu de ce sang-là dans les veines, — d'où sa nature inférieure, — il n'aurait pu déployer, je ne dirai pas l'énergie, mais la cruauté indispensable pour venir à bout de la race sanguinaire des vieux Moscovites (2). Dans tous les cas, comme Tartare, il échappe à Moreau (de Tours) et à M. Lombroso.

(1) *Ibid.*, p. 5.

(2) Lisez, dans Voltaire, le récit de « l'horrible sédition de la milice des Strélitz » ou Streltsy (*Hist. de Pierre le Grand*, ch. IV). Voyez, à un autre point de vue, les mœurs étranges et « l'équivoque (!) situation occupée par la future impératrice Catherine, parmi ses compagnes du gynécée commun, dont Pierre et Menschikof font tour à tour ensemble leur amusement. Elle est tantôt avec le tsar et tantôt avec le favori, etc. » (*Valizewski*, p. 293). Tout cela ouvertement et tout cela connu, publié ensuite en Russie, sans que le sentiment public en soit choqué. C'est comme un ressouvenir de la *Polyandrie*, cette forme de la famille primitive qu'on observe encore aujourd'hui chez les Mongols du Tibet.

Que dire maintenant de Napoléon, et quelle figure fait-il à côté de celui-là? Si Pierre le Grand a créé la Russie, Napoléon a failli causer l'anéantissement de la France. Comme Annibal, il savait vaincre, sans savoir, mieux que lui, profiter de la victoire ; esprit mesquin et rétrograde, sans autre génie que celui de la guerre — toujours inutile quand il est isolé (1) — toutes ses victoires n'aboutirent qu'à un désastre, si bien qu'après avoir fait échec à la Révolution, après avoir mis la France sous sa botte, il la fit encore piétiner par celle des Prussiens et des Cosaques.

Mais puisqu'enfin j'ai dû admettre ici ce faux grand homme, me voilà contraint de le disputer à M. Lombroso qui le range, du premier coup, parmi les épileptiques. Après avoir cité un fragment de Taine sur Napoléon : « Maintenant, s'écrie l'auteur de l'*Homme de génie*, pour qui connaît la trempe psychologique de l'épileptique, il devient clair que Taine nous a donné ici le diagnostic le plus délicat et le plus précis d'une épilepsie psychique, avec ses gigantesques illusions mégalomaniaques, ses impulsions et la plus complète absence de la morale. L'épilepsie n'est donc pas, dans l'homme de génie, un phénomène accidentel, mais un véritable *morbus totius substantiæ*, comme on dirait dans le langage médical ; de là naît un nouvel indice de la nature épileptoïde du génie » (p. 497).

C'est tout de même un peu fort, étant donné, surtout, que l'épilepsie n'est pas prouvée! L'auteur objectera qu'il ne s'agit pas ici du *haut mal* vulgaire, mais bien

(1) « L'immense ambition, dont il était dévoré, ne se trouvait réellement en harmonie, malgré son vaste charlatanisme caractéristique, avec une éminente supériorité mentale, sauf celle relative à un incontestable talent pour la guerre, bien plus lié, surtout de nos jours, à l'énergie morale qu'à la force intellectuelle. » (Auguste Comte. *Philosophie positive*, t. VI, p. 386.) Cf. Pierre Laffitte, *Bonaparte*, in *Revue occidentale*, septembre 1897.

de quelque chose de psychique. de raffiné, d'une maladie de toute la substance, etc. Pourtant, comme l'épilepsie, proprement dite, a été alléguée, cela pourrait donner quelque apparence de réalité à la théorie ; seulement, c'est encore une assertion gratuite. « Pendant plus de onze ans que j'ai été constamment avec lui, dit Bourrienne, je n'ai jamais vu en lui aucun symptôme qui ressemblât le moins du monde à cette maladie » (1). Le fait d'avoir brisé un cabaret de porcelaine ou jeté au feu un vêtement qui ne lui convenait pas (p. 493), décèle le tempérament d'un « rageur » et pas autre chose. En somme — et pour ne parler que du physique — comme le dit Bourrienne, Bonaparte était très sain (2) et bien constitué ; l'épilepsie et la folie n'ont rien à voir ici.

Je passe rapidement sur le grand Frédéric, auquel on reproche surtout le caractère plus qu'excentrique de son père : le roi philosophe ne « tenait » pas de lui — voilà tout.

Reste Rienzi. A ce dernier « des tribuns », M. Lombroso ne consacre pas moins de 26 pages d'un interminable et haineux réquisitoire (p. 406-432).

(1) *Mémoires de M. de Bourrienne sur Napoléon.* Paris. Londres, 1831, t. III et IV, p. 109.

Certaines gens récusent le témoignage de Bourrienne sous prétexte que celui-ci aurait été flanqué à la porte, par Napoléon, avec un coup de pied au derrière. Ce fait, d'ailleurs exact, ne saurait faire rejeter d'emblée les informations si précieuses de l'ancien secrétaire intime, surtout quand elles cadrent avec le caractère et la conduite du patron ; à plus forte raison, quand elles sont entièrement favorables à ce dernier. « L'accident de santé », dont Talleyrand fut témoin à Strasbourg, en septembre 1805, ne saurait être accepté, dans son isolement comme un accès d'épilepsie. L'empereur sortait de table et venait de passer quelques minutes, *seul* avec Joséphine. Il faut voir là tout simplement un cas de soi-disant congestion — je dirai d'ischémie cérébrale — consécutif à un bon dîner, probablement avec complications *sexuelles* immédiates (Cf. *Mémoires du Prince de Talleyrand*, t. I, p. 295. Paris, 1890).

(2) L'affection dont il mourut ne se déclara qu'à Sainte-Hélène.

Que ce Cola, ou Nicolas, fils d'un certain Lorenzo, aubergiste et d'une mère blanchisseuse, ait paru quelque peu déséquilibré, et que sa puissance de réalisation n'ait pas toujours été à la hauteur de ses conceptions ; qu'il se soit montré inférieur — pas tant, cependant, au point de vue de l'action sur les contemporains — en entendant trente messes du Saint-Esprit, dans la nuit qui précéda son premier triomphe ; qu'il ait manqué d'esprit de suite et d'énergie sur la fin de sa carrière, — voilà ce qui ne peut être contesté.

Mais c'est abuser de la patience humaine, que de vouloir, pour cela, en faire un monomane « dont il aurait offert tous les caractères : tendance exagérée aux symboles et aux jeux de mots (?), *activité disproportionnée à sa position sociale*, original jusqu'à l'absurde et s'épuisant toute dans l'écriture (?), sens exagéré de sa propre personnalité, » etc. (1).

Dans ce reproche fait à Rienzi, d'avoir déployé une activité hors de proportion avec sa position sociale, M. Lombroso laisse percer le bout de l'oreille, je veux dire sa haine judaïque, en dépit de ses déclamations contradictoires, contre tout ce qui est peuple, contre toute idée démocratique et vraiment sociale. Aveuglé par l'esprit de réaction, tout au plus veut-il bien reconnaître au tribun le mérite d'avoir rêvé une Italie qui ne fût ni Guelfe ni Gibeline et créé une « garde nationale ». Il ne voit pas que, dans sa rage, il arrive à en faire un illuminé sans portée comme sans influence ; il va jusqu'à lui refuser une part quelconque dans la défaite de l'aristocratie (2). Mais alors le pauvre Rienzi n'a aucun droit à figurer dans la galerie des grands hommes, c'est un simple imbécile « politique et religieux ».

(1) Lombroso, *loc. cit.*, p. 433.

(2) « Après que les nobles, dit-il, furent, *non grâce à lui*, vaincus, etc. », p. 417.

La vérité est que ce fils de misérables, poussé par ce génie venu de je ne sais quel ancêtre — peut-être de quelque contemporain des Gracques ou de Catilina — ayant médité, dès l'adolescence, sur l'ancienne grandeur du peuple romain, conçut le projet de la restaurer. Et la chose énorme, stupéfiante, c'est que, pour un moment, il parut y réussir. Dans son enthousiasme, il osa rêver d'une révolution qui ne fût pas seulement municipale, pas seulement nationale, mais qui fût universelle. On a bonne grâce en vérité à se moquer de ses « messagers de la paix », envoyés par toute l'Italie pour y porter la bonne nouvelle. « Ces idées, dit le professeur Villari, furent accueillies avec transport dans toute la péninsule. Les cités provinciales rendirent hommage à Rome et à son tribun et presque tout le reste de l'Italie lui donna son adhésion avec enthousiasme. Et ce ne fut pas seulement la multitude qui parut entraînée : des hommes, comme Pétrarque, furent transportés de joie. Le poète exalta Cola di Rienzi comme un être sublime et surnaturel, comme le plus grand parmi les anciens et les modernes. Le 1er août, Rienzi chaussa les éperons de chevalier et publia un décret portant que Rome reprenait son ancien droit de juridiction sur le monde, plaçant l'Italie sous l'invocation du Saint-Esprit et octroyant le titre de citoyen romain aux habitants de toutes ses cités.

« C'était un singulier mélange des idées de l'ancienne Rome avec celles du moyen âge. C'était le rêve de Rienzi ; mais c'était aussi le rêve de Dante et de Pétrarque. La conception de l'empire et l'histoire de l'Italie préparaient les voies à l'idée nationale. C'est ce que sut prévoir Rienzi, et cela constitue la vraie grandeur de son caractère, autrement non exempt de faiblesse et d'imperfections (1). »

(1) Prof. Villari, Art. « Rome », in *Enc. Brit.*, t. XX, 1886.

L'éclatante victoire remportée par le tribun sur les Colonna, et le reste des nobles, ajouterai-je, ruina pour toujours leur parti. Jamais, depuis ce jour, l'aristocratie ne parvint à rétablir son influence à Rome. Voilà un résultat définitif et permanent à porter encore à l'actif de Rienzi, et suffisant pour justifier sa place parmi les bienfaiteurs du peuple et les amis de l'humanité : génie incomplet, mais incontestable, dont on peut déplorer les imperfections sans avoir le droit de les rapporter à la folie.

Le seul César, comme épileptique, est donc à réserver dans la série des chefs de peuples.

b. Réformateurs et fanatiques religieux. — J'en retiens cinq, seulement :

Saint Paul, Mahomet, Luther, Calvin, Jeanne d'Arc.

Je ne vois que ceux-là qui puissent figurer — non parmi les Héros de l'Humanité, du cercle desquels ils demeurent à jamais exclus, à part Jeanne d'Arc, — mais au nombre des génies puissants, des têtes fortement organisées qui, par leur volonté, ont modifié la face du monde. Cela n'entame en rien la doctrine inéluctable du *fatum;* mais la volonté, quoique déterminée, joue son rôle aussi dans le cours circulaire des choses. En admettant tous ces gens-là — qui ne figurent pas sur mon calendrier — je gâte ma statistique, je le répète ; mais il n'y avait pas à se dérober.

Saint Paul et Mahomet ont déchaîné sur le monde le fléau du Sémitisme, en instituant les religions chrétienne et musulmane, ces deux filles de la juive, comme dit Voltaire. Furent-ils l'un et l'autre épileptiques, ou, tout au moins, visionnaires, hallucinés? Pour Mahomet, le doute n'est guère possible. Quant à saint Paul, la chose est moins claire.

« Il était petit de taille, dit M. Lombroso, trapu, avec une tête petite et chauve, le visage hâve, le nez aquilin : maladif à cause d'une certaine infirmité qu'il appelle la sécheresse de sa chair et qui était certainement une grave névrose ; il avait une anaphrodisie complète dont il se vante souvent » (p. 504).

Mais d'abord, où l'auteur a-t-il pris ce signalement ? Il nous cite Renan ; il devrait savoir que cet incomparable historien de la grandeur romaine dans les deux premiers siècles de notre ère, ne doit être consulté qu'avec la plus grande circonspection quand il s'agit des fondateurs du christianisme. Sa *Vie de Jésus* est un pur roman qui nous vaut, pour le dire en passant, toutes les saintes et écœurantes palinodies dramatiques et plastiques de l'heure présente. Il en sait autant sur le nez et la barbe de Paul que sur sa politesse « qui était extrême (quand il le voulait) » et sur ses manières « qui étaient exquises» (1). Quant à ce que le traducteur de l'*Homme de génie* appelle la « sécheresse de sa chair » (de Paul), ce pourrait être un indice plus sérieux, puisque c'est l'apôtre lui-même qui étale cette infirmité ; de même pour les visions.

Mais, pourquoi vouloir que cette soi-disant sécheresse, ou mieux cette épine dans la chair (2), soit certainement une grave névrose? D'autres penchent pour une ophtalmie (3). C'était « apparemment, quelque infirmité... », dit Renan, qui, pour une fois, ne se lance dans aucune digression. Tenons-nous-en à cette vérité de La Palisse et laissons la « grave névrose » dont rien ne nous autorise à affirmer l'existence. Cette soi-disant névrose aurait trait d'ailleurs aux extases et hallucinations de Paul ; et peut-on supposer qu'il ait

(1) Renan. *Les Apôtres*, p. 169. Paris, 1866.
(2) Σκόλοψ, quelque chose de pointu, II. *Corinth.*, XII. 7.
(3) Cf. Nyegaard. *L'Echarde de saint Paul.* Dôle, 1892.

dénoncé, comme une épreuve, comme un soufflet de Satan, ces visions et ces ravissements dont il est précisément si fier?

Ce n'est pas tout : en admettant même la réalité, l'existence objective de l'individu « saint Paul », reconnu comme l'auteur des quatre grandes épîtres, rien absolument, dans les faits de la cause, ne permet d'affirmer la réalité de ces hallucinations. Paul n'a pas connu le Christ ; il a entrepris — car c'est lui et non Jésus — de faire du judaïsme élargi la religion universelle, en l'affranchissant nécessairement des petites pratiques de la Loi, et surtout, de la circoncision, obstacle insurmontable. Il se sert, pour frapper les esprits, de la mort et de la résurrection du Galiléen. Et comme il lui faut vaincre la concurrence des « vieux obstinés » de Jérusalem, comme les appelle Renan, de ces colonnes du Temple, Jacques, frère du Seigneur, Pierre et les autres, authentiques disciples, il leur ferme la bouche avec ses visions. Sans doute, il n'a pas vécu avec le Christ ; mais il l'a vu, il lui a parlé ; bien mieux ! le Maître s'est dérangé pour lui tout seul et ainsi ce n'est pas des hommes, c'est du Ciel même qu'il tient, lui aussi, sa commission (1). Et que ces « archiapôtres (2) » le laissent tranquille ! A Pierre, l'évangile de la circoncision, à lui celui du prépuce. Ils l'ont contraint, ces vieux malheureux, à faire circoncire son ami Titus, mais en voilà assez ; qu'ils s'arrangent, et si la circoncision ne leur suffit pas, « qu'ils se châtrent ! » (3).

Ainsi, pour admettre les visions, les hallucinations de saint Paul, nous devons nous reposer sur son seul

(1) Voyez surtout *Galat.* I. 1. s. q. et II Cor., IX. 1. Cf. Renan. *Les Apôtres*, p. 186.

(2) II. *Corint.*, XI. 5.

(3) *Galat.* V. 12. ἀποκόψονται, comme qui dirait : « qu'on les leur coupe ! » C'est le sens exact, dans sa vulgarité voulue. Cf. Havet. *Le Christianisme et ses origines*, t. IV, p. 157. Paris, 1884.

témoignage ; et ce témoignage est trop intéressé, comme on vient de le voir, pour qu'en l'absence d'autres preuves, on puisse en tenir compte.

Bien mieux ! Voici maintenant M. R. Steck qui nie l'authenticité des quatres grandes épîtres. Mais alors il n'y a plus ni Paul ni visions, il n'y a plus rien ! Ce n'est pas le moment de discuter la valeur d'une pareille assertion ; je ferai seulement remarquer que M. Rudolf Steck n'est nullement un athée, un libre penseur, qu'on pourrait accuser de partialité ; c'est un professeur de théologie à l'Université de Berne. Naturellement les orthodoxes lui ont répondu ; mais la question reste pendante et la réalité objective de l'individu Paul, comme auteur des quatres grandes épîtres, est actuellement trop problématique pour qu'au point de vue biologique pur, il y ait lieu de s'en occuper davantage.

Pour Luther, par contre, l'état psychique morbide ne semble pas contestable, et, avec Jeanne d'Arc dont il a été question plus haut (1) nous arrivons au chiffre de trois malades sur cinq réformateurs et fanatiques religieux. (*A suivre.*)

(1) Voy. p. 183, *Annales méd.-psych.*, n° de mars-avril 1898.

Pathologie

UN CAS
DE
PARALYSIE GÉNÉRALE JUVÉNILE
AVEC SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par le Dr Ph. SAPORITO,
Médecin de l'asile d'aliénés d'Aversa (Italie).

Lettre ouverte à M. le Dr E. Régis, *chargé du cours de psychiatrie à l'Université de Bordeaux, précédée d'une note introductive, par le* Dr E. Régis.

I. — Note introductive.

Dans mes réflexions générales sur la *Paralysie générale juvénile*, communiquées à la Société médico-psychologique dans sa séance du 28 février 1898, j'annonçais une observation nouvelle du Dr Saporito, de l'asile d'Aversa.

Voici cette observation, que notre distingué confrère italien a bien voulu me faire parvenir sous forme de lettre ouverte et que je reproduis telle quelle, en le remerciant de nous en avoir donné la primeur pour nos *Annales*.

Le fait très intéressant à tous les titres rapporté par le Dr Saporito et ceux mentionnés par lui des professeurs Bianchi et Mingazzini, portent à *soixante-quinze* environ les cas aujourd'hui connus de paralysie générale

juvénile avérée. Ils constituent, en outre, le premier apport de l'Italie au bilan clinique de plus en plus riche de la maladie : si bien qu'à l'heure actuelle, il existe des cas de paralysie générale juvénile provenant des savants les plus autorisés de l'Angleterre, de la France, de l'Allemagne, de l'Autriche, de la Russie, des États-Unis et de l'Italie.

Je ne crois pas, dans ces conditions, qu'il faille s'attarder davantage à discuter l'existence indiscutable de la paralysie générale juvénile, qui est entrée définitivement et partout dans la science et qui a déjà sa mention et sa description dans les ouvrages classiques sur les maladies de l'enfance (1), comme dans les traités récents de la paralysie générale (2).

Aussi bien, aucun argument sérieux n'a été produit contre la réalité de ce type morbide, car on ne saurait considérer pour tel cette réflexion de M. Christian, que beaucoup d'auteurs admettent trop facilement le diagnostic de paralysie générale. C'est là une critique générale et vague qui, vraiment, ne saurait être adressée en bloc à tous les aliénistes français et étrangers, cliniciens consommés pour la plupart, qui ont publié des observations de paralysie générale juvénile.

Quant à ces observations elles-mêmes, que M. Christian considère toutes ou presque toutes comme présentant quelque chose d'insolite, comme s'écartant plus ou moins du type classique, j'estime au contraire que, si l'on tient compte des simples différences tenant à l'âge, le plus grand nombre de celles qui sont suffisamment détaillées pourraient servir cliniquement, aussi bien qu'anatomiquement, de modèle pour la description de la paralysie générale classique.

(1) *Traité des maladies de l'enfance de Grancher*, art. « Paralysie générale. Tumeurs cérébrales », par A. Moussous, t. IV.

(2) *La paralysie générale*, par Magnan et Sérieux, p. 159.

L'observation qui suit, du Dr Saporito, bien qu'elle ne soit peut-être pas une des plus minutieusement précises, n'en contient pas moins, elle aussi, tout ce qu'il est possible d'exiger, à ce point de vue, pour entraîner la conviction.

On y trouve, en effet, comme caractérisant la maladie :

1° *Au point de vue symptomatique* : mentalement) de l'affaiblissement intellectuel progressif, de la démence globale avec sentiment de bien-être absurde ; physiquement) de l'embarras par lenteur, scansion, bredouillement de la parole ; du tremblement fibrillaire de la langue, des lèvres, avec secousses ataxiformes dans les muscles de la face, les mains, les membres supérieurs ; de la dilatation des pupilles avec signe d'Argyll Robertson, puis inégalité ; de l'exagération des réflexes rotuliens ; de l'incertitude de la marche ; des attaques épileptiformes ; enfin du marasme cachectique avec décubitus et escarres entraînant la mort.

2° *Au point de vue de la marche* : une évolution progressive de tous les symptômes, avec durée totale d'une année environ.

3° *Au point de vue anatomo-pathologique* : de l'épaississement des os du crâne ; des adhérences de la dure-mère aux parois osseuses avec congestion vasculaire ; de l'opacité de l'arachnoïde ; de la vascularisation de la pie-mère ; des adhérences des méninges à la couche corticale, d'où exulcérations avec maxima par places par la décortication ; du ramollissement de la substance cérébrale ; des granulations épendymaires à la surface des ventricules.

Tel est, au résumé et en attendant le résultat complémentaire de l'examen histologique, le bilan anatomoclinique de la maladie. On pensera, comme moi, qu'il faudrait beaucoup de bonne volonté pour ne pas voir là

une paralysie générale et, s'il en était ainsi, je ne sais pas en vérité quelles sont les observations de paralysie générale de l'adulte, voire même les plus classiques, qui pourraient échapper à une accusation d'erreur.

Je le répète donc, il me paraît inutile d'insister davantage. La paralysie générale juvénile existe sans conteste, et de nouveaux cas probants continueront certainement à être publiés dans tous les pays, établissant sans doute, comme celui du Dr Saporito, l'influence prépondérante, dans ces cas, de la syphilis héréditaire.

II. — Lettre du Dr Ph. Saporito.

Monsieur, votre large apport à l'étude de la paralysie générale juvénile vous donne bien le droit de rédiger un travail d'ensemble sur la matière, et me rend hardi de vous en signaler un cas, que j'ai pu observer dans un des établissements d'aliénés auxquels je m'honore de prêter mes services. Il pourra, il me semble, donner raison à plusieurs de vos idées, surtout en ce qui concerne l'étiologie. J'espère que vous voudrez bien vous en souvenir, si vous l'en croyez digne, en publiant votre travail.

Comme il s'agit d'un seul cas, je crois faire chose utile, en me bornant à la seule exposition des faits que j'ai pu recueillir et aux réflexions qu'ils suggèrent.

Permettez-moi cependant, monsieur, de dire un mot de l'histoire de la maladie dans mon pays.

Comme vous avez déjà essayé, dans un de vos travaux, de recueillir tout ce qu'on savait jusqu'à ce moment sur la forme juvénile de la paralysie générale, vous avez remarqué que l'Italie n'y avait apporté aucune contribution. Et je puis vous assurer que ce cas aurait été le premier du genre dans la littérature italienne, si, il y a quelques mois, mon ami le professeur Mingazzini, de l'Uni-

versité de Rome, n'en avait publié un cas analogue (1).

M. le professeur Bianchi, directeur de la clinique des maladies mentales à Naples, dans une série de leçons sur la paralysie générale (2), a fait aussi mentiou d'un cas précoce, observé par lui lorsqu'il dirigeait la clinique de Palerme, en la personne d'un jenne homme âgé de treize ans.

M. Bianchi ne fait que citer ce cas, sans le faire suivre de ses observations, taudis que Mingazzini a illustré le sien complètement.

Après avoir signalé le grand matériel fourni à la littérature psychiatrique par l'Angleterre, la France et l'Allemagne à l'égard de la paralysie générale juvénile, il se demande comment il se fait qu'aucun cas de ce genre n'ait été jusqu'à présent publié en Italie. En s'appuyant de l'opinion d'Alzheimer, il attribue cette lacune au fait qu'auparavant ces malades mouraient dans les hôpitaux ordinaires, où ils échappaient à nne diagnose précise.

En effet, cette hypothèse écartée, il n'y aurait pas d'autre raison à invoquer, si on ne veut pas croire avec M. J. Mickle que l'âge auquel se développe la paralysie générale est aujourd'hui inférieur à ce qu'il était jadis et que cela est l'effet d'une tendance à la sénilité précoce des individus, indice avant-coureur de la décadence de races (3), opinion que M. Charcot déclare bien pessimiste en opposant que nous sommes mieux préparés et plus habiles que nos prédécesseurs à diagnostiquer la paralysie géuérale (4).

(1) Mingazzini. Ueber die infantil-juvénile (Früh.) Form der Dementia paralytica (*Monatsschrift f. Pych. u. Neur.*, 1897).

(2) Bianchi. Paralisi progressiva e frenosi sensoria (*Lezioni cliniche*, Napoli, 1895, p. 13).

(3) J. Mickle. *On general paralysis of the insane*, 1886.

(4) Charcot et Dutil. Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce (*Arch. d. Neur.*, mars 1892, p. 156).

Je tiens à présent, avant de commencer l'exposition du cas dont je m'occupe, à faire une observation. M. Mingazzini voudrait que ces formes de paralysie générale qui se développent sitôt, fussent appelées *infanto-juvéniles* au lieu de *précoces*, croyant convenable de réserver cette dernière dénomination aux seuls cas qui paraissent avant l'âge mûr, sans toutefois trop s'en éloigner. Je crois qu'en l'état actuel de la question, on ne peut parler de formes enfantines, dans le strict sens du mot, parce qu'il n'y a pas de cas connus jusqu'à présent qui regardent en réalité des enfants. Je crois plutôt nécessaire pour l'exactitude clinique, de distinguer la forme *juvénile* de la forme *précoce* dans le sens de M. Mingazzini. C'est pour cela que pour mon cas, j'ai préféré l'appellatif de *juvénile*, qui m'a paru le plus adaptable à l'âge du sujet.

Après cette déclaration, me voici à mon cas.

Observation

M... (Fr.), né à Gall... (Lecce), en février 1879, est entré dans l'asile le 4 juin 1897 ; mort le 4 février 1898.

Antécédents de famille. (*Renseignements fournis par le rapport médical qui accompagne tous les malades qu'on adresse à cet asile.*) — Rien de morbide ni chez les grands-parents ni chez les parents du sujet. Parmi les ascendants aussi bien que les collatéraux, ni sourds-muets, ni aliénés, ni paralytiques, ni apoplectiques.

Ce qu'il y a de remarquable dans les résultats de cette enquête, c'est que *la mère du sujet a eu sept grossesses avec mort-naissances et accouchements prématurés à sept mois, notre malade étant le produit de la dernière grossesse, la seule à terme.*

Antécédents personnels. — Pas de convulsions dans les premières années. Il parlait et marchait seul à deux ans. Il était âgé de sept ans lorsqu'il fut atteint de fièvre typhoïde. Pas d'autres maladies avant l'affection actuelle. On lit dans le même rapport, qu'avant le début de la maladie il jouissait bien de son intelligence, il avait une bonne mémoire, il parlait bien ;

mais il n'apprit jamais à lire ou à écrire, parce qu'on n'essaya jamais de lui faire fréquenter l'école. Par contre, il s'appliqua toujours à son métier, qui formait sa prédilection. Son caractère était très doux et affectueux. Il était même religieux, mais non pas fanatique.

La maladie débuta aux premiers jours de mai de l'année écoulée. A cette époque, le maître chez qui le sujet travaillait, s'aperçut qu'il n'était plus attentif à son œuvre. Dégoûté du travail, il était en train de perdre même les notions de son métier.

Réprimandé sur sa conduite, il tombait en proie à de violents accès de colère, qui le rendaient dangereux aux choses aussi bien qu'aux personnes, surtout par sa tendance à mordre.

En outre, il était taciturne, ou bien il tenait de bizarres propos. La nuit était sans sommeil et en proie à une agitation qui résistait à tout sédatif.

Les symptômes augmentaient toujours, et alors la séquestration s'imposa. On avait soumis le sujet, depuis peu, au traitement antisyphilitique, lorsqu'il fut envoyé à la maison des asiles d'Aversa.

Etat actuel. — Homme de taille régulière, mais ses membres sont grêles et fort amaigris; de tous côtés, la pâleur est extrême.

Il a l'apparence infantile ; chez lui les marques de la puberté font défaut. Tout le corps est glabre, la face surtout.

On y trouve des signes d'arrêt autant que de déviation de développement.

Le volume du crâne est très petit par rapport à la taille. Il présente même de la scaphocéphalie et de la plagiocéphalie du côté gauche. Les bosses frontales sont assez saillantes, tandis que le front même est bas et étroit. La face est allongée, les pommettes saillantes, le nez aplati et élargi à la base avec déviation à gauche. Les yeux grands saillent un peu hors des orbites. Les lèvres sont enflées et légèrement renversées en dehors.

Ce qui frappe surtout et appelle toute notre attention, c'est l'état des dents.

On voit d'abord que les supérieures sont implantées de telle sorte que, se dirigeant en avant, elles ne sont pas couvertes par les lèvres; de plus, elles sont toutes très petites (microdontisme), et presque pas différentes entre elles. On recherche en vain le type propre de chaque variété. Le plus grand nombre

ont leur extrémité libre usée, véritable érosion qui affecte des formes diverses. En général, leur état est très mauvais.

Les mesures anthropométriques décèlent une asymétrie très marquée entre les deux côtés du corps, le côté droit étant hémiatrophique.

Dans l'examen nosographique, il faut renoncer à toute recherche qui implique la participation active du sujet, car son état mental ne le permet pas.

La démarche est lente et incertaine; les yeux bandés, il tombe. Les réflexes rotuliens sont notablement exagérés. Pas d'inégalité des pupilles, mais celles-ci sont toujours mydriatiques et présentent de la rigidité à la lumière (signe de Robertson).

La langue a des tremblements fibrillaires, qui deviennent des secousses étendues même aux muscles mimiques, lorsque la bouche est ouverte et lorsque le malade se dispose à parler. A l'état de repos, les mêmes muscles sont le siège de nombreux tics.

Le caractère spécial de la parole est la lenteur, par laquelle les mots se font entendre partagés syllabe par syllabe. Il laisse aussi bien échapper les lettres dont quelqu'une lui manque complètement.

Les mains aussi tremblent vibratoirement, lorsqu'on les place dans la pose du serment, et les vibrations se propagent à tous les membres supérieurs.

La sensibilité générale est obtuse à droite. Des sensibilités spécifiques, l'ouïe l'est du même côté. La vue est normale, mais on n'a pas pu l'essayer pour les différentes couleurs.

Dans les premiers jours de l'entrée dans l'asile, le malade montre un besoin incessant d'activité, ce qui oblige souvent à recourir aux moyens coercitifs. D'ailleurs, les actes auxquels il s'abandonne sont bien incohérents et désordonnés; on peut bien dire qu'il s'agit d'automatisme.

Dans les périodes de calme, qui ne font pas défaut, en cherchant à lui parler, on s'aperçoit bientôt qu'on a affaire à un enfant. Il ne sait pas donner les renseignements les plus simples sur sa vie.

Il distingue à peine les personnes qui l'entourent; mais il est indifférent pour tous, il ne s'intéresse à rien, pas même à son état. Les réponses ne sont pas en rapport aux demandes qu'on lui adresse. Toutefois, on ne pourrait découvrir aucune idée délirante si on fait exception d'un léger sentiment de bien-être qui contraste beaucoup avec sa condition réelle.

L'état d'agitatiou a été bien passager ; les périodes de calme, de plus en plus fréquentes et prolougées, prirent la place de son état habituel.

Comme une lumière près de s'éteindre, il avait, pendant son agitation, donné les dernières manifestations de sa vie.

Depuis le mois de juillet, il fut frappé d'une déchéance si accélérée qu'on aurait pu considérer ses jours comme la descente la plus rapide vers la paralysie complète, intellectuelle et physique.

Désormais, ne pouvant plus rester debout, il garde toujours son lit avec décubitus dorsal. Immobile et muet en cette position, le regard dans le vide, les pupilles énormément dilatées et, à ce moment très inégales, impassible à tout ce qui arrive autour de lui, insensible à tout stimulant, parfois il fait entendre des gémissements, ou bien il pousse des cris inarticulés, car l'embarras de la parole est tel, que même les monosyllabes sont incompréhensibles. Toute tentative de parler lui produit une vraie convulsion des muscles de la face. Il ne ressent pas la faim, ni la soif ; il faut l'alimenter avec soin en lui apprêtant une nourriture liquide, car les solides le pourraient étouffer. Urines et défécations lui échappent involontairement.

A la nouvelle année, l'amaigrissement avait atteint des proportions épouvantables. Bientôt survinrent des troubles trophiques, des exulcérations multiples apparurent et s'étendirent rapidement, et le malade mourut, après une très longue agonie, dans la cachexie et le marasme les plus intenses le 4 février 1898.

Pendant le cours de la maladie, surtout au début, on avait observé plusieurs accès épileptiformes, qui, dans les derniers temps, s'étaient faits plus rares.

Résumé de l'autopsie faite vingt heures après le décès. — Presque tous les organes internes montrent des signes de stase. Les poumons, anémiques à leur sommet, sont très gonflés à la base ; leur couleur est rouge brun, leur consistance augmentée. A la surface de la coupure, on voit que beaucoup d'alvéoles sont remplies de muco-pus.

Quelques morceaux mis dans l'eau tombent au foud du récipient. Le cœur est plein de caillots fibrineux adhérents surtout à droite. L'estomac est vide. Les reins sont gonflés. Eu quelques points, la capsule se détache avec difficulté. Rien de notable dans les autres organes.

Crâne dur à la section. La calotte se détache avec beaucoup

d'efforts, par suite des adhérences de la dure-mère. Les os sont assez épais. Au niveau des frontaux, les deux planchers sont très éloignés entre eux. Pas de transparence au niveau des fosses. Presque tous les vaisseaux méningés sont dilatés et remplis, les veines surtout ; mais le sinus longitudinal en toute sa longueur est vide. Liquide céphalo-rachidien en grande quantité. Les vaisseaux corticaux aussi bien que ceux de la base de l'encéphale sont congestionnés. En examinant ces derniers, on est frappé par le fait que l'artère vertébrale droite est assez mince par rapport à celle du côté gauche, dont elle semble plutôt une branche collatérale. En la coupant, la lumière se trouve effacée, la consistance augmentée, la couleur gris blanchâtre. En un mot, elle est transformée en petit cordon fibreux. Les autres vaisseaux aussi de la base sont plus consistants qu'à l'ordinaire.

L'arachnoïde a perdu son aspect normal; elle renferme des traînées d'opacité. La pie-mère montre ses vaisseaux gorgés de sang. En la détachant, elle entraîne avec elle des îlots de substance grise, de sorte que la surface du cerveau en reste comme excoriée ; cela a lieu surtout au niveau du pied de la circonvolution pariétale ascendante de l'hémisphère droit et, près du bord sagittal, dans le lobe occipital de l'hémisphère gauche.

La racine de la circonvolution de Broca est le siège d'un foyer de ramollissement. Les ventricules ont leurs cavités agrandies ; le moyen, aussi bien que le latéral gauche, montre l'épendyme normal, tandis que le droit présente à la surface des granulations clairsemées qui ont l'aspect de fibromes papilliformes.

La substance cérébrale est très molle et œdémateuse.

Tout l'encéphale, au moment où il est extrait du crâne, pèse 912 grammes.

Le cerveau présente des particularités morphologiques qu'il faut mettre en relief.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est une atrophie bien marquée des lobes frontaux.

Dans l'hémisphère droit, la *fissura Sylvii*, par sa branche horizontale, communique avec un sillon qui partage l'extrémité antérieure gonflée de l'hyppocampe du lobe temporal (rudiment du sillon de l'hyppocampe des animaux inférieurs). La branche postérieure de cette même *fissura* se replie bientôt en haut et en avant parallèlement au sillon de Rolando. Elle a donc un chemin longitudinal, comme dans les singes inférieurs. Le sillon de Rolando est presque droit, sans inflexions bien marquées.

Son extrémité inférieure se recourbe brusquement en arrière, comme chez les cynocéphales. La *fissura pariéto-occipitalis* (partie externe) étant profonde, le premier pli de passage s'étend jusqu'au sillon interpariétal. La *fissura occipitalis transversa* étant très développée, tend à détacher le lobe occipital du reste de l'hémisphère. La *fissura temporalis superior*, très longue et recourbée en avant, finit dans le sillon post-rolandique au point où prend origine la *fissura interparietalis*.

L'hémisphère gauche s'approche davantage du type humain. La *fissura Sylvii*, en pénétrant la circonvolution temporale supérieure, communique avec le sillon homonyme. Le sillon post-rolandique, très étendu, débouche dans la *fissura Sylvii*. Le sillon occipital transverse a les mêmes caractères que dans l'hémisphère opposé.

Rien de notable dans la face interne des deux hémisphères.

En raison de ces caractères, qui rendent très important ce cerveau, j'ai préféré le conserver entier, tout en gardant des morceaux pour l'examen histologique.

RÉFLEXIONS

On ne peut pas douter, dans le cas qui nous occupe, qu'il s'agisse d'un cas de paralysie générale progressive ; il faut avouer que s'il n'est pas un des plus précoces qu'on connaisse, il mérite bien, je crois, d'être adjoint à ceux qui ont été publiés, en considération au moins de l'âge du sujet qui en fut atteint (dix-huit à dix-neuf ans).

Mais ce n'est pas seulement en cela que consiste son importance. Les réflexions qu'il suggère regardent aussi l'étiologie et la marche suivie par la maladie.

A l'égard de la première, il est évident qu'on ne saurait invoquer d'autre cause que la donnée anamnestique concernant la mère du sujet, à savoir ses sept avortements consécutifs et prématurés. Cela est bien un signe presque certain, sinon tout à fait, de la syphilis des parents. Il faut d'ailleurs observer que si cela est pour nous une hypothèse, du reste assez bien fondée, ce fut

par contre une complète certitude pour le médecin qui, le premier, soigna notre malade, puisqu'il n'hésita pas à le soumettre au traitement spécifique de la syphilis. Ce fait est bien éloquent ; car, ayant sous les yeux les parents aussi, il se pouvait convaincre qu'ils avaient souffert de syphilis.

Si nous ne voulons pas tenir compte de ces données indirectes, nous pouvons observer avec plus de sûreté le sujet même, et nous trouverons dans son organisation des stigmates que nous ne pouvons attribuer qu'à la syphilis héréditaire. Tels sont la pâleur, l'amaigrissement, l'infantilisme et surtout la déformation des dents.

D'un autre côté, nous nous trouvons en présence d'un individu, que, par plusieurs motifs, on doit regarder comme un arriéré et en même temps comme un dégénéré. Les stigmates anthropologiques le montrent ; le poids et la conformation du cerveau le confirment. La maladie n'a pas atteint un sujet vigoureux et dans sa pleine santé, mais a frappé un individu déjà faible. Et s'il faut reconnaître une prédisposition en cela, il faut la trouver dans l'organisation du malade. Eh bien, nous ne trouvons ni dans sa généalogie, ni dans sa vie intra-utérine, aucune des causes qui d'ordinaire expliquent l'arrêt de développement ou la dégénérescence. Toute hérédité pathologique nous fait défaut, si on excepte la syphilis.

Il faut donc ramener à celle-ci aussi l'organisation faible et défectueuse du sujet, et il faut conclure que la syphilis, qui avait déjà étendu sa fâcheuse influence sur la famille M..., en éteignant plusieurs fois ses enfants à leur naissance, n'a pas épargné le seul rejeton échappé d'abord à son action : elle devait le frapper plus tard, comme il arrive toujours, à l'époque critique de la puberté, après l'avoir déjà prédisposé à la maladie.

Tout est donc dû ici à la syphilis, et, à ce point de vue,

ce cas donne tout à fait gain de cause à ceux, vous à la tête, qui voient dans la syphilis congénitale le moment étiologique presque unique de la paralysie générale juvénile.

La forme revêtue par la maladie s'accorde anssi avec le tableau cliniqne qne vous avez donné de la paralysie générale. Ici les symptômes physiqnes ont dominé la scène. Dn côté mental, on ne pourrait parler que d'une simple démence, croissant progressivement du début à la fin de la maladie, sans délire, ou au moins avec pâles conceptions délirantes.

C'est seulement eu ce qni concerne la durée de la maladie qne ce cas s'éloigne des autres. Par nn regard d'eusemble donné aux cas que possède la littératnre, vous avez pu vous convaincre qne la paralysie générale juvénile avait une durée peut-être plus longue que la paralysie générale commnne (trois à sept années). Quant à mon sujet, la maladie a décrit sa parabole en onze mois au plns, y compris la période préparalytiqne. Sinon eu présence d'un de ces cas dits galopants, nous sommes ici bien en présence d'uu cas très rapide. Ce qui rapproche plntôt que cela n'éloigne la forme juvénile de la forme de l'âge mûr de la paralysie générale ; en indiquant que dans celle-ci comme dans celle-là, on peut avoir des cas à marche brève ou longue.

La cause de la maladie justifie aussi votre tableau. Nous l'avons vn : l'antopsie n'a pas décelé quelque lésion qu'on aurait pu regarder comme cause de la mort; les lésious pulmouaires aussi qni seraient les plus importantes doiveut être regardées comme l'expression plutôt du loug décubitus que d'uu processus morbide.

C'est bien un rapide épuisement, le marasme qui ont produit la mort du jeune homme.

L'anatomie pathologiqne ne peut s'avantager de ce cas au point de vue étiologique, sinon lorsqu'ou connaî-

tra les lésions histologiques du cerveau, et j'espère bien pouvoir le faire au plus tôt. Mais déjà macroscopiquement la consistance augmentée des vaisseaux et surtout l'importante lésion de l'artère vertébrale droite, se peuvent considérer comme lésions syphilitiques.

Je n'ose ni l'affirmer ni le nier, attendant le résultat de l'examen histologique, que je ne manquerai pas de vous faire connaître.

Agréez, monsieur le Professeur, mes saluts sincères.

Votre

Dr Ph. Saporito.

Aversa, 9 avril 1898.

SUR LES

ALTÉRATIONS DES CELLULES NERVEUSES

DE LA CELLULE PYRAMIDALE, EN PARTICULIER

DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par le Dr D. ANGLADE

Médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Toulouse.

(*Travail du laboratoire de l'asile.*)

Il n'est point de question d'histologie pathologique plus intéressante que celle des modes de réaction de la cellule nerveuse, en présence des causes morbides diverses qui sont susceptibles de l'influencer.

Le grand nombre de travaux qu'elle a suscités en fait foi. La médecine expérimentale a prêté largement son concours et fait des constatations intéressantes, sinon définitives. L'anatomie pathologique la suit, d'un peu loin, il est vrai. Elle a pourtant fourni son appoint de contrôle sur quelques faits d'ordre expérimental. Dans le tétanos humain, par exemple, on a retrouvé quelques-unes des lésions de la cellule nerveuse observées après l'inoculation aux animaux, de la toxine tétanique.

Que ces lésions soient spécifiques ou non, l'anatomie pathologique a pu nous les montrer ; voilà, à son actif, un fait qui nous autorise à lui demander quelques renseignements sur l'état de la cellule nerveuse dans la paralysie générale.

Nous n'avons pas l'intention de faire, ici, l'histoire de

ce qui a été dit sur les altérations, depuis longtemps connues, de la cellule pyramidale de l'écorce des paralytiques. Aussi bien, une ère nouvelle, qui promet d'être féconde, s'ouvre à peine pour des études de ce genre, et un coup d'œil rétrospectif nous apprendrait peu de choses.

Dans l'ignorance où l'on se trouvait, jusqu'à ces dernières années, de la structure complexe d'une cellule nerveuse, on s'en est tenu à des constatations vagues sur son atrophie ou sa dégénérescence. L'anatomie, en nous fournissant des détails plus précis, nous a mis en demeure de préciser aussi davantage les modifications morbides que les éléments subissent.

Il faut bien dire que la paralysie générale est restée à l'écart de ce mouvement qui a entraîné, dans ces dernières années, un si grand nombre d'observateurs à la recherche des altérations de la cellule nerveuse dans les maladies. Dans aucune de celles-ci, pourtant, elle ne saurait offrir plus d'intérêt.

Pour étudier les éléments nerveux dans la paralysie générale, nous avons eu recours à l'imprégnation par les sels d'argent, selon le procédé de Golgi, et surtout à la méthode de Nissl, modifiée par Unna.

Les avantages respectifs de ces deux méthodes sont trop connus pour qu'il soit nécessaire de les rappeler. Il nous suffira de constater qu'elles ont découvert les horizons nouveaux de l'anatomie normale et pathologique du système nerveux.

Disons, tout de suite, un mot de la méthode de Golgi, appliquée à l'étude des éléments cellulaires de l'écorce grise du cerveau des paralytiques.

Entre les mains de Klippel et Azoulay (1), elle a

(1) Klippel et Azoulay. *Soc. de biologie*, 12 mai 1894 et *Archives de neurologie*, 1894.

donné des résultats satisfaisants. Ces auteurs ont noté l'état moniliforme des prolongements protoplasmiques, la déformation de la cellule pyramidale qui, de triangulaire, devient ronde ou ovale, s'amoiudrit et s'étiole.

Nous avons, nous-même, obtenu l'imprégnation des cellules pyramidales dans de bonnes conditions. Nous avons aussi rencontré les altérations décrites par Klippel et Azoulay ; mais, nous les avons retrouvées dans l'écorce grise de cerveaux, provenant de sujets non paralytiques. Elles se voient nettement sur un certain nombre de préparations obtenues avec des cerveaux de mélancoliques, d'épileptiques, d'idiots, et imprégnées dans les mêmes conditions.

La méthode de Golgi, précieuse pour les recherches d'anatomie normale, ne nous semble pas apte à fournir des renseignements précis sur les altérations pathologiques des éléments qu'elle imprègne.

Les résultats, fournis par la méthode de Nissl, sont l'objet de controverses nombreuses et d'interprétations diverses. C'est le sort de toutes les méthodes nouvelles. Il est incontestable, cependant, qu'elle nous fait voir, dans la cellule nerveuse, des détails ignorés avant elle.

Appliquée à la paralysie générale, elle donne des indications qui nous ont paru dignes d'intérêt.

A quelque période et sous quelque forme qu'elle s'observe, la paralysie générale s'accompagne de modifications de la cellule nerveuse. Mais l'aspect de ces modifications varie avec la période et la forme de la maladie.

Dans un cas de paralysie générale, qui pourrait s'appeler aiguë, nous les avons vues particulièrement intenses. Il s'agissait d'un paralytique, âgé de trente-sept ans, arrivé à l'asile de Toulouse en état de manie aiguë, avec les symptômes psychiques et moteurs qui caractérisent la péri-encéphalite. Son séjour à l'asile

fut de courte durée, et le malade mourut après une série d'attaques épileptiformes. La nécropsie nous montra des signes non douteux de péri-encéphalite. Ce malade avait présenté des troubles psychiques et des troubles moteurs très accusés. Il était intéressant de rechercher l'état de ses cellules pyramidales.

On peut se rendre compte, sur nos préparations faites avec l'écorce grise de la circonvolution frontale ascendante et de la partie antérieure du lobe frontal du cerveau gauche, que pas une seule de ces cellules n'a conservé ses caractères normaux. Dans la grande variété de transformations qu'elle a subies, il semble, cependant, qu'on puisse retrouver les divers stades d'un même processus.

Etudions, successivement, les modifications de la substance chromatique, de la substance achromatique, du noyau, des prolongements.

La substance chromatique est, évidemment, la première atteinte. Quelques rares cellules, relativement saines, montrent, autour du noyau, le premier degré de sa dissolution. Dans la plupart des éléments, elle a perdu ses caractères : granulations et striations spéciales. Cette substance chromatique est un aliment de réserve pour la cellule, selon van Gehuchten. Il n'est pas surprenant de la voir disparaître dans le cerveau d'un sujet particulièrement surmené.

La substance achromatique est plus difficile à étudier. Tout porte à croire que c'est elle qui est représentée par les fines travées qui se voient dans l'intérieur des cellules dont les granulations chromatophiles ont disparu. La destruction de ces travées s'annonce par la formation de vacuoles, au pourtour de la cellule, vacuoles qui s'agrandissent, peu à peu, jusqu'à ce que la destruction de la substance soit complète. S'il est vrai qu'elle n'est que l'expansion du cylindre-axe de la

cellule, sa disparition marque un degré d'altération profonde.

Le noyau assiste, apparemment, à ce double travail de destruction qui atteint les substances chromatique et achromatique. Il est douteux que, souvent, il émigre complètement hors du corps cellulaire. Le fait se produit, sans doute, puisqu'on le voit, parfois, faire hernie hors de la cellule. Mais, il nous a semblé que, le plus souvent, il restait dans le corps cellulaire où il se comportait de deux façons différentes. Tantôt, atteint par la chromatolyse centrale, il est détruit sur place, fondu tout comme les granulations. Son espace clair est comblé par la substance chromatique dissoute ; le nucléole se vacuolise très nettement et disparaît. Tantôt, au contraire, le noyau quitte le centre de la cellule, vient s'adosser contre sa paroi où il prend des formes très irrégulières. Ainsi comprimé et ratatiné, il attend la fin de l'œuvre de destruction qui s'accomplit dans l'intérieur du corps cellulaire, et il nous a semblé qu'il reprenait alors sa place, au centre de la cellule, dont il remplissait, à lui seul, l'espace intra-cellulaire considérablement diminué.

L'enveloppe de la cellule est parfois rompue. Elle a visiblement éclaté sous l'influence d'une tension considérable. Les contours sont toujours irréguliers. Les prolongements sont comme brisés, ou bien tortueux. Le prolongement protoplasmique principal est augmenté de volume. A la naissance de chacun d'eux, se voit un amas de substance chromatique fortement colorée.

Essayons de rattacher entre eux tous ces phénomènes. Il semble que, sous l'influence d'un agent nocif quelconque, la cellule voit disparaître, successivement, sa substance chromatique et sa trame achromatique. Lorsque celle-ci est détruite, le corps cellulaire ne garde plus sa forme ; le noyau ne peut se maintenir à sa place. La

cellule est frappée à mort, si le noyau disparaît complètement. Elle se régénère, peut-être, si celui-ci garde son intégrité.

Est-ce bien ainsi que les choses se sont passées chez notre malade? Nous ne saurions l'affirmer. C'est une interprétation des phénomènes de chromatolyse à ajouter à celles, très nombreuses, qui ont été déjà données.

Les cellules du bulbe et de la moelle nous ont montré des altérations identiques. Les divers stades du processus sont, ici, beaucoup plus faciles à suivre, et il suffit de jeter les yeux sur une seule de nos préparations pour les retrouver tous. Nous n'y insisterons pas, ayant décrit, en détail, ailleurs, les altérations des cellules dans la moelle des paralytiques généraux.

Nous venons d'examiner un cerveau de paralytique dont la maladie a été particulièrement grave et rapide dans son évolution.

Voyons celui d'un sujet qui est arrivé lentement au dernier terme de la cachexie paralytique.

Un fait nous frappe d'abord : c'est l'intégrité relative de quelques cellules pyramidales. Quelques-unes sont en voie de chromatolyse; un grand nombre d'entre elles sont atrophiées. Du corps cellulaire, il ne reste plus que la membrane d'enveloppe et le noyau ovoïde ou triangulaire. L'atrophie atteint aussi les prolongements qui sont filiformes.

Mais, en somme, les altérations ne sont pas aussi profondes que dans la forme aiguë de la maladie, et l'étude des cellules de la moelle nous conduit aux mêmes résultats.

Nous n'essayerons pas, pour l'instant, d'interpréter ces faits. Il nous suffit de les constater et de retenir que, dans le cerveau d'un paralytique général comme dans sa moelle, on observe des modifications cellulaires qui sont considérées comme pathologiques.

La chromatolyse se produit, peut-être, lorsque le paralytique délire et que ses actes sont désordonnés. Et la chromatolyse d'un grand nombre de cellules aboutit à leur atrophie. C'est, alors, pour le malade, la déchéance physique et mentale.

Ce n'est là, bien entendu, qu'une hypothèse. En fait, nous ne savons pas si les lésions, que nous venons de décrire, sont la cause ou le résultat de la maladie. D'autres questions se posent encore. Ces lésions sont-elles primitives ou secondaires à une altération des vaisseaux, du tissu interstitiel? Il faut les mieux connaître pour en juger.

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE

DE L'AGITATION

Par le Dr P. COLOLIAN
Ancien interne des asiles de la Seine.

L'étude séméiologique des états psychopathiques est très intéressante à plusieurs points de vue ; elle est un peu négligée dans nos traités des maladies mentales. Tandis qne les livres de séméiologie nerveuse abondent, nous ne trouvons pas, ou nons trouvons peu de mannels de séméiologie mentale pure. Et pourtant, c'est par la séméiologie que nous pouvons différencier les symptômes, les états dont la combinaison constitue les entités morbides ; c'est par une étnde approfondie des symptômes, qne nous pouvons porter nn diagnostic sûr et un juste pronostic.

I

Troubles élémentaires de l'agitation.

Le mot d'*agitation*, défini par Littré et Robin « un malaise qui fait que les malades changent continuellement de position », exprime bien notre pensée. *Agité* est un « nom donné aux aliénés de diverses sortes qui, soit momentanément, soit d'une manière continue, exécutent des mouvements ou des actes violents et rapides », ou à « cenx que la maladie rend loqnaces ».

L'agitation se rencontre dans une foule de psychoses, elle a une très grande importance séméiologique.

L'observation clinique des états d'agitation, que la pathologie spéciale décrit dans chaque forme de folie, nous impose une étude d'ensemble des troubles élémentaires psychiques et physiques de l'agitation en général.

I. *Troubles psychiques.* — L'observation journalière des maladies nous montre que les troubles intellectuels se manifestent d'abord par un changement d'humeur, par des émotions morbides, et non par du délire et des hallucinations. Il est donc naturel que nous commencions par énumérer les *états d'esprit morbides* qui caractérisent en premier lieu un trouble de l'esprit.

L'agitation peut débuter brusquement par un état d'esprit joyeux, mais elle s'annonce d'ordinaire par une dépression, par une douleur psychique, un état de malaise. Puis une gaieté morbide succède (hyperhédonie psychique, Emminghaus) (1), qui est la note émotive principale des états d'agitation. Le caractère du malade devient gai, expansif. Les perceptions externes ne produisent que des impressions gaies, et le malade, qui a conscience de cet état, en éprouve autant de sensations de gaieté que le mélancolique de douleur.

Plus tard, « il devient impatient, irritable, colère » (Esquirol) (2). Et l'on observe parfois une irritabilité d'humeur anormale; mais comme le mode d'émotion dépend surtout de la disposition de l'état de conscience, l'emportement se termine, en général, par des sensations joyeuses, et le malade vit ainsi dans un sentiment de plaisir continuel (Neumann) (3).

a). Dans le domaine intellectuel, c'est surtout l'*accé-*

(1) Emminghaus. *Allgem. Psychopathologie*, p. 62, 102.
(2) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838, vol. 2,. p. 145.
(3) Neumann. *Lehrb. der Psych.*

lération des représentations psychiques qui est caractéristique : exaltation de la mémoire, de l'imagination, des conceptions, etc., qui se manifestent par une richesse d'expression et d'images, par des paroles, des saillies d'une loquacité et d'une verve extraordinaires, et l'on est parfois frappé de l'originalité de ces conceptions, surtout chez des malades d'une éducation sommaire. L'on a vu des paysans s'exprimer en leur patois avec une véritable éloquence (Ball) (1). Un fait surprenant est la facilité avec laquelle le malade peut évoquer les souvenirs, les images qui semblaient perdus pour toujours (hypermnésie).

La production imaginative (2), également accélérée, frise parfois l'*illusion* (3), et le malade a des images de souvenirs travesties et faussées, trouble que produit à la longue un défaut de fidélité dans la reproduction des images.

b). Puis lentement et imperceptiblement l'enchaînement des idées, simplement accéléré, quoique encore régulier, finit par devenir inintelligible, par suite de la marche effrénée des idées; les anneaux intermédiaires de l'enchaînement des idées n'ont plus alors le temps d'être exprimés par la parole, et l'incohérence en résulte. Pourtant quelques phrases restent encore compréhensibles, mais leur ensemble n'a plus de liaison logique. La pensée, dirait-on, court, et la parole fait des efforts pour la suivre (Ballet) (4); ainsi le malade fait des ellipses, ou bien supprime les propositions intermédiaires. Dès lors les idées sont décousues, les phrases disparates, c'est une course folle des idées, une

(1) Ball. *Leçons sur les maladies mentales*, 1890, p. 280.
(2) Emminghaus. *Psycho-path.*, p. 133, 176.
(3) Sully. Illusions. *Biblicthèque scient. intern.*
(4) Ballet. *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1067.

fuite de la pensée. Et le malade ne peut plus coordonner, ne peut plus refréner le cours de ses idées, il dit des choses inintelligibles, prononce des mots isolés, des syllabes. Mais, dans ce flot de paroles décousues, l'attention découvre encore un lien d'enchaînement grâce aux contrastes, aux consonances : ce n'est point le langage d'un dément (Foville).

Les troubles du langage écrit ressemblent de tous points à ceux du langage parlé. Au début, le malade écrit convenablement, des phrases correctes, des vers, des poèmes; mais, dès que l'enchaînement logique des idées disparaît, les mots ne semblent plus tracés qu'au hasard de la plume. L'instant vient même où le malade se trouve dans l'incapacité d'écrire, de tenir la plume.

c). C'est toujours en vertu de la désassociation des idées que les mouvements et la mimique sont extrêmement mobiles ; tant que les idées conservent encore un enchaînement plus ou moins logique, les malades n'ont qu'un besoin de déplacement continuel, ils font des courses inutiles, opèrent des changements dans leur vie, dans leur ménage, entreprennent des voyages ; leurs gestes sont exubérants, brusques, tumultueux. Mais plus tard, avec l'incohérence, les mouvements cessent d'être coordonnés, et s'exécutent sans motifs, sans but. Ils peuvent se systématiser, devenir uniformes et quasi-automatiques : on a vu des malades agités (des maniaques) exécuter les mêmes mouvements (culbute, promenade autour d'un banc, d'un arbre) pendant plusieurs jours (Ballet) (1).

d). *Troubles de la volonté.* — Dans le domaine de la volonté, on trouve une hyperboulie (Emminghaus), une accélération, une augmentation de la volonté qui est le résultat :

(1) Ballet. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. IV, p. 1068.

1° de la confiance morbide, exagérée, que le malade a de lui-même, trouble qui est entretenu par le sentiment d'augmentation des capacités psychiques et physiques ;

2° de la suppression du contrôle de la coordination des idées, de leur but et de leur utilité ;

3° de l'accélération et de la variation des représentations imaginatives.

Par suite de ces troubles, le malade ne voit aucun obstacle, se sent de force à surmonter toutes les difficultés. Aussi ses actes paraissent-ils souvent irréfléchis, étourdis.

c). *Troubles de l'attention.* — L'attention, cette aptitude que l'esprit possède de s'arrêter à une idée ou à une impression, cette *force d'esprit* (Malebranche) ou cette *prière naturelle* (1) par laquelle la raison nous éclaire, fait défaut en partie ou en totalité aux agités. L'attention dans la vie psychique normale « draine à son profit, du moins dans la mesure possible, toute l'activité cérébrale » (Ribot) (2), diminue le nombre des objets à connaître, éclaircit nos impressions ; or, nous avons vu que chez l'agité, les idées se suivent sans interruption, le malade ne peut s'arrêter à aucune impression dans le flux rapide des idées. Il ne peut prêter son attention à aucune réflexion, au moindre objet. Il regarde sans voir, entend sans comprendre. Ce trouble, quoique consécutif à l'accélération des opérations psychiques, a une grande importance au point de vue clinique.

II. *Troubles organiques.* — Les troubles organiques existent dans les états d'agitation ; c'est ainsi qu'on observe une accélération des fonctions digestives, une légère exaltation des appétits génésiques, etc.

(1) Malebranche. *Traité de morale*, part. I, ch. v.
(2) Ribot. *Psychologie de l'attention*, 1889.

Le pouls, la température, les mouvements respiratoires restent normaux, avec une légère recrudescence aux moments du paroxysme de l'agitation.

II

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'AGITATION.

En présence d'uu malade exalté dans ses facultés mentales, agité dans ses mouvements physiques, on doit rechercher les signes caractéristiques de cette agitation symptomatique pour porter un diagnostic sûr.

L'agitation s'observe dans plusieurs maladies pyrétiques et apyrétiques, toxiques, névropathiques et psychiques. Nous nous occuperons ici seulement des cas qui intéressent la médecine mentale.

Nous éliminons donc d'emblée les cas de fièvre typhoïde, de méningite aiguë, de rhumatisme cérébral, de pneumonie, de fièvres éruptives où l'agitation existe. Toutes ces affections exigent uu examen suivant les règles de la clinique ordinaire.

En général, toutes les fois qu'on se trouve en face d'un malade agité, ayaut la fièvre, et cela arrive fréquemment dans nos services d'aliénés, il faut chercher méthodiquement, attentivement la cause de cette fièvre.

L'agitation dans les affections mentales s'observe dans trois grands groupes de maladies : les *psychoses*, les *folies toxiques* et les *folies organiques*.

Voici, d'ailleurs, notre classification pour l'étude séméiologique de l'agitation.

1. — DANS LES PSYCHOSES :

a). *Psychoses aiguës:*

Délire aigu ;

Manie ;

Excitation maniaque ;
Délire hallucinatoire aigu ;
Mélancolie ;
Folie intermittente.

b). — *Etats maniaques des dégénérés.*

c). — *Psychonévroses :*

Epilepsie ;
Hystérie ;
Chorée.

2. — Dans les folies toxiques :

Alcoolisme ;
Morphinisme.

3. — Dans les folies organiques :

Paralysie générale ;
Démence sénile.

A. — L'agitaton dans les psychoses aigues.

Le délire aigu. — Entrevu par les auteurs anciens (Georget, 1820, Esquirol, 1838), ce délire a été étudié par Calmeil (1), qui le dénomma délire aigu. Aujourd'hui et avec Brierre de Boismont (2), le délire aigu est accepté comme une individualité nosographique, comme une entité morbide.

Ce délire a été l'objet de nombreux travaux en France (3) et à l'étranger (4). Cependant, la cause et

(1) Calmeil. *Dict.* en 30 vol., art. « Aliénés », p. 186.

(2) Brierre de Boismont. Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés ; *Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1841-1842, t. VII, p. 985, et *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XI, 1845.

(3) Calmeil. *Maladies inflammatoires*, 1853. — Delasiauve. *Ann. méd.-psych.*, t. IV. — Laurent. *Ibid.*, t. IX. — Foville. *Nouv. dict. de méd. et de chirur.*, 1869. — Briand. *Arch. de neurologie*, 1883. — Ballet. In *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard, t. VI.

(4) Jehn. *Archiv f. psych.*, VIII. — Schüle. *Traité clinique.* Trad., Paris, 1888, p. 310 (avec bibliographie). — Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie.* Trad. 1897, p. 651 (avec bibliographie).

les lésions caractéristiques en sont encore inconnues.

Le délire aigu est considéré comme une affection autonome, mais il peut survenir au cours de certaines psychoses comme complication : dans la manie, la mélancolie, les accès de folie intermittente, la paralysie générale, etc.

Comme entité morbide, le délire aigu débute par une période de dépression avec préoccupation, anxiété. Le malade devient indifférent, son intelligence s'affaiblit, on observe de l'obtusion intellectuelle, et déjà un peu d'incohérence ; puis, perte d'appétit, constipation, amaigrissement, cauchemars pénibles la nuit, avec parfois de vagues idées de persécution. Et l'agitation apparaît.

Ici, l'agitation est portée à son paroxysme ; elle se manifeste brusquement par des troubles psychiques et moteurs, phénomènes produits par l'excitation des centres.

Les idées sont à la fois confuses et précipitées. Le langage, fort décousu, n'est qu'une suite de mots incohérents, de phrases sans enchaînement, de cris, de sons inarticulés. Parfois, au milieu de ces vociférations, de ces mots désordonnés, l'on découvre des préoccupations hypocondriaques, religieuses, anxieuses. Les illusions ou hallucinations sont fréquentes ; elles sont de nature terrifiante, menaçante ; les malades voient du sang, du feu, etc. La nature du délire est en rapport avec les multiples hallucinations.

L'agitation est extrême : le malade ne reste pas un seul instant immobile, tout remue en lui, bras, jambes, tête. Il se lève de son lit, va et vient, se précipite à droite, à gauche, se roule dans ses couvertures, défait son lit, enfouit sa tête dans les oreillers. C'est l'ataxie complète de tous les mouvements volontaires. La physionomie change brusquement, sans transition, tour à tour gaie, triste, calme et terrifiée.

Le malade respire bruyamment par la bouche, par le nez, avec un rythme accéléré et irrégulier, jusqu'à soixante fois par minute.

Il grince des dents. Quelquefois on observe du strabisme, du spasme tonique des muscles maxillaires, des mouvements convulsifs des extrémités allant jusqu'aux spasmes généraux, toniques et cloniques (Krafft-Ebing) (1).

Mais ce qui est caractéristique et qu'on admet comme signe primordial, c'est l'élévation de la température. La fièvre débute avec l'agitation ; modérée les premiers jours, elle monte jusqu'à 40 degrés et même au-dessus les jours suivants, et se maintient à ce niveau jusqu'à la fin de la maladie. Généralement, elle est irrégulière et oscillante. Le pouls est entre 100 et 140, petit, serré, irrégulier, inégal, et ralenti parfois (Jensen) (2). La peau est sèche.

Le malade s'alimente mal. La déglutition est difficile, la langue et les lèvres sont sèches, arides, fuligineuses. Ou bien, c'est le malade qui refuse les aliments. Les urines sont rares, elles contiennent quelquefois de l'albumine, mais en petite quantité (Ballet) (3). Des escarres peuvent apparaître avec la diarrhée et le gâtisme.

Il existe des intervalles de lucidité et le malade peut passer d'une profonde obnubilation à une lucidité relative (Schüle) (4).

Au bout de six ou huit jours généralement, le collapsus fait suite à l'extrême agitation. C'est la fin. Le délire cesse. Le malade tombe en stupeur. Les yeux s'excavent,

(1) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie*. Trad. 1897, p. 655.
(2) Jensen. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 11.
(3) Ballet. *Traité de méd.*, Charcot-Bouchard, VI, p. 1117.
(4) Schüle. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, 24 et 25.

les pupilles, jusque-là rétrécies, se dilatent, et réagissent mal à la lumière.

La pean se couvre de sueurs profuses. La températnre monte encore, elle dépasse 41 degrés et le malade succombe daus le coma par l'épuisement extrême du cerveau.

Rarement les malades échappent à la mort. Qnand ils snrvivent, il leur faut plusieurs semaines pour se remettre. Ils se calment (Jehn) (1), mais restent saus force, exténués, obtus. La marche des idées se régularise lentement. A cette période, on constate des troubles graves trophiqnes, vaso-moteurs et même cardiaques. Dans les cas moins graves, la guérison complète demande plusieurs semaines et souvent plusieurs mois (Krafft-Ebing).

L'on décrit en général *trois formes secondaires* du délire aigu (Schüle, Ballet) : Celle qui nous a servi de type dans notre description est la *forme maniaque*. La seconde est la *forme mélancolique* (délire aigu mélancolique), qui se distingne de la première par son début insidieux, son caractère dépressif, et surtout par la température qui ne monte pas autant et peut redescendre au bout de quelques jours jusqu'à l'hypothermie. L'on y observe des complications viscérales plus graves.

La troisième, appelée forme paralytique, est parfois une paralysie générale grave, précipitée, avec élévation de la température.

Diagnostic. — Dans certaines maladies infectieuses on trouve à peu près le même tableau clinique. Mais le diagnostic est facile à porter. Dans les fièvres éruptives, l'apparition de l'exanthème ; dans la fièvre typhoïde, l'état du ventre, la tuméfaction de la rate, la diarrhée et, plus tard, les taches lenticulaires ; dans la pneumonie,

(1) Jehn. *Zeitschr. f. Psych.*, 36, p. 27. *Ibid.*, 37, p. 676.

les signes d'auscultation ; dans la méningite, la nature du délire, les vomissements, les paralysies partielles, etc. indiquent la voie à suivre pour le diagnostic.

Dans les psychoses, la fièvre intense du délire aigu n'apparaît pas.

Dans la manie et au début de la paralysie générale, on peut observer une élévation de la température. Et si cette pyrexie coïncide avec l'extrême agitation et les troubles psychiques graves, c'est qu'alors le délire aigu complique l'affection primitive.

Ce n'est que dans le délirium tremens avec fièvre qu'on peut hésiter ; mais les commémoratifs, le tremblement généralisé des membres et des muscles du corps (Magnan) (1) mettent sur la voie du diagnostic.

Manie. — La manie est de toutes les affections mentales la plus anciennement connue ; Hippocrate (2) l'avait entrevue, Arétée l'avait observée. Mais il faut arriver à Pinel (3) pour la voir bien définie.

Depuis Pinel jusqu'à nos jours, la manie a été l'objet de plusieurs travaux (Esquirol (4), Foville (5) Jacobi (6), Magnan (7), Mendel (8), Conolly Norman (9), etc.).

Dans la manie, l'agitation est intense, et va jusqu'à la fureur. Les fonctions psycho-motrices accélérées produisent des mouvements, des actes sans but, sans précision. Ces mouvements incoordonnés ne subissent plus

(1) Magnan. *Rapport au Congrès international des Sciences médicales de Genève*, septembre 1877.
(2) Hippocrate. Œuvres complètes, édit. Littré, 1860.
(3) Pinel. *Traité sur l'aliénation mentale*, 2e édit., 1803, p. 139,
(4) Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, 1838, p. 131.
(5) Foville. Article « Manie » du *Nouveau Dict. de méd. et de chir.*, 1875.
(6) Jacobi. *Die Hauptformen der Seelenstörung.*
(7) Magnan. *Leçons cliniques sur les malad. ment.*, 1893, p. 379.
(8) Mendel. *Die Manie.* Monographie. Vienne, 1881.
(9) Conolly Norman. Article « Mania », in *Dict. of psychological medicine*, London, 1892.

l'intervention de la volonté et de la conscience. Et le malade s'agite sans cesse, mû par un véritable automatisme cérébral, selon l'expression de Baillarger. Les mouvements sont brusques, incohérents, incessants ; parfois, ils sont en rapport avec les conceptions psychiques. « Les malades courent en tous sens, sautent, font des culbutes, se roulent à terre, soulèvent des objets les renversent, etc. ; ils chantent, cassent ce qui tombe sous leurs mains ; se déshabillent, se rhabillent, déchirent leurs vêtements. Rencontrent-ils des obstacles, loin de les éviter, ils les renversent et les brisent » (Magnan) (1).

Le malade est « *tout dehors* », telle est la définition de M. Magnan.

La physionomie est animée, les yeux brillants. La mimique est également désordonnée ; les muscles de la face font mille grimaces ; l'on voit ainsi passer sur la physionomie alternativement des impressions de gaieté ou de tristesse, de contentement ou de colère.

Quand le malade s'irrite, et la fureur est la colère du maniaque, dit Marcé, ce sont plutôt des « convulsions psycho-motrices qui se produisent ». « Elles se produisent comme une rage aveugle de destruction, qui grandit comme une avalanche, qui se déchaîne avec fureur, et fatalement, elles ressemblent aux secousses tétaniques dont les membres sont agités quand la moelle est intoxiquée par la strychnine » (Schüle) (2).

Cette agitation extrême dure tant que l'excitation cérébrale ne s'apaise pas ; elle ne cède ni à un arrêt mental direct, ni à un arrêt mécanique extérieur.

Dans la description générale, nous avons vu les

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1893, p. 388.

(2) Schüle. *Traité des malad. ment.* Trad. 1888, p. 71, Paris.

troubles psychiques de la mémoire, de la volonté, de l'attention, etc. Ces troubles sont ici poussés à toute extrémité. L'hypermnésie est l'effet de l'excitation cérébrale, comme d'ailleurs tous les autres troubles. A chaque instant, le malade évoque des souvenirs qui paraissent perdus ; quelquefois les impressions antérieurement perçues, surtout les impressions auditives et visuelles, sont représentées dans leurs couleurs et leur intensité normales.

La chaîne des idées est rompue ; l'incohérence de la pensée et des idées est absolue. L'accélération extraordinaire de la marche des conceptions fait naître un flot d'idées et d'images. Toutefois, comme l'attention également altérée ne peut s'arrêter un instant à une seule de ces idées ou de ces images, la confusion la plus grande y règne.

Mais n'insistons pas sur ces troubles psychiques décrits plus haut.

Troubles somatiques. — Ici, comme dans le délire aigu, l'insomnie est un des phénomènes constants, et peut durer longtemps.

Le pouls reste impassible dans cette grande agitation et exaltation mentale. En dépit de la folie furieuse la plus violente, il est ralenti plutôt qu'accéléré (Krafft-Ebing) (1).

La température est normale ; au début et dans le cours de la maladie, elle monte parfois (Esquirol) (2). Quand on constate durant quelques jours l'élévation de la température (au-dessus de 38 degrés), sans qu'une maladie somatique soit survenue, on doit songer au délire aigu.

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie.* Trad. Paris, 1897, p. 390.

(2) Esquirol. *Des malad. mentales,* t. II. Paris, 1838, p. 132.

La langue est saburrale. Les premiers temps, le malade mange bien ; plus tard, il y a amaigrissement. Les sécrétions peuvent continuer normalement, mais souvent la salive et la sueur augmentent.

Les urines peuvent varier au début, soit en quantité, soit au point de vue de leur composition chimique. Magnan (1), Chevalier-Lavaure et Régis (2), Ballet et Roubinovitch (3) ont prouvé que les urines des maniaques sont plutôt moins toxiques que les urines normales.

Schermer (4) a remarqué que les réflexes rotuliens, conservés durant la période d'état, disparaissent pendant la convalescence pour réapparaître plus tard.

Dans toutes les formes de manie, dit Schüle (5), on rencontre des troubles trophiques, et il cite la turgescence de la figure, la pigmentation des cheveux, l'ichtyose de la peau, les furoncles, les pétéchies et les escarres.

La manie, telle qu'on la décrit, est considérée aujourd'hui comme une entité morbide, bien caractéristique ; elle constitue une entité pathologique bien distincte cliniquement des autres formes d'états maniaques, où l'agitation est également le syndrome fondamental.

Tout le monde est d'accord en France (Magnan) (6) et à l'étranger (Schüle (7) et Krafft-Ebing) (8) pour admettre la manie type, franche, essentielle.

(1) Magnan. *Leçons cliniques.* Paris, 1893, p. 390.
(2) Régis et Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales.* Congrès de la Rochelle, 1893.
(3) Ballet et Roubinovitch. *Auto-intoxications dans les malad. ment.* Congrès de la Rochelle, 1893.
(4) Schermer. *Münchener med. Wochenschrift*, avril 1889.
(5) Schüle. *Traité des malad. mentales.* Trad. Paris, 1888, p. 79.
(6) Magnan. *Leçons cliniques*, 1893, p. 384.
(7) Schüle. *Traité des malad. ment.* Trad. Paris, 1888, p. 15.
(8) Krafft-Ebing. *Traité clinique de psychiatrie.* Trad. Paris, 1897, p. 381.

Le début en est parfois subit, mais elle éclate généralement après une période prémonitoire caractérisée par la dépression mélancolique, par une sensation d'abattement, de douleur morale. Peu à peu, la dépression fait place à l'excitation mentale, puis à l'agitation.

La période de délire s'annonce par l'apparition d'intervalles lucides, l'agitation se calme, le langage se modère ; les intervalles de lucidité deviennent plus fréquents et plus prolongés.

La durée est de trois, quatre, cinq, six mois et davantage.

La manie peut passer à l'état chronique.

(*A suivre.*)

SUR

TROIS CAS D'IMPULSION

CHEZ DES DÉGÉNÉRÉS

Par M. ISCOVESCO,

Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine.

Nous avons eu l'occasion d'examiner dernièrement, dans le service de notre maître M. le Dr Magnan, quelques malades dont l'observation nous a paru présenter certaines particularités assez intéressantes pour être rapportées. Nous les avons réunies sous une même rubrique à cause de l'identité du terrain sur lequel les troubles mentaux de ces malades évoluaient et parce qu'ils peuvent donner une idée bien nette des différents aspects que peut revêtir chez un seul individu l'acte impulsif.

Observation I.

Sommaire. — Femme de trente ans. — Grand-père alcoolique. — Père alcoolique et débile. — Oncle maternel hémiplégique. — Mère obsédée. — Dégénérescence mentale. — Grossesse. — Début des troubles mentaux actuels depuis un an. — Impulsions à brûler, à frapper, à étrangler sa fille. — Intervalles d'amélioration. — Recrudescence provoquant l'internement. — Légère rémission.

La malade C..., femme R..., plumassière, âgée de trente ans, entrée à l'asile de Sainte-Anne, service de l'Admission, le 14 novembre 1896.

Grand-père paternel mort alcoolique à Bicêtre, père légèrement débile, alcoolique, oncle maternel mort hémiplégique, mère nerveuse à caractère sombre, à phobies fréquentes dans le

temps. A l'âge de trente-sept ans, ayant eu dans la rue sa pantoufle mordue par un chien, elle s'en effraya beaucoup et s'imagina de suite que celui-ci était enragé. Cette idée d'avoir été mordue par un chien enragé ne tarda pas à devenir obsédante malgré les dénégations du propriétaire du chien et malgré toutes les assurances qui lui furent données par son entourage. Elle avait conscience de l'absurdité de ses appréhensions, mais malgré ses efforts elle ne réussissait pas à les chasser et à les empêcher de revenir souvent. Cette obsession dura environ deux ans. Sa disparition fut provoquée, paraît-il, par une certaine dépression mélancolique dont fut atteinte cette femme à la suite d'une grossesse. Elle était âgée, à cette époque, de trente-neuf ans, se considérait comme vieille et rougissait d'être enceinte, disait-elle, alors qu'elle avait de grands enfants. La durée de cette dépression ne dépassa pas quelques mois. Au moment de la ménopause, elle fut atteinte de troubles assez importants; elle avait à cette époque des pertes de connaissance fréquentes et l'horreur des boissons.

Une sœur de la malade est morte, à l'âge de deux mois, de convulsions.

Un frère, âgé de vingt ans, est un peu arriéré.

De stature élevée, à musculature bien développée, la malade présente un certain degré d'asymétrie faciale.

Caractère nerveux, s'emportait facilement, un rien l'énervait. Réglée à douze ans. Fièvre typhoïde légère à dix-huit ans. Deux enfants de ce mariage, le dernier est un peu nerveux. Un enfant antérieur au mariage a eu pendant longtemps des convulsions. Tous ses accouchements ont été normaux. Il y a quatre ans, à la suite d'une grande émotion, s'était obstinée à contempler longuement un homme écrasé par une locomotive, a eu pendant une quinzaine de jours beaucoup d'insomnie; elle avait constamment devant ses yeux ce spectacle et mordait, disait-elle, les draps la nuit pour ne pas crier. Il y a un an environ, étant enceinte depuis un mois et ayant très bien accepté l'idée de cette grossesse, subitement, sans qu'elle puisse s'expliquer comment cela a pu germer dans son esprit et alors qu'elle se trouvait dans sa cuisine en train de préparer le repas, il lui vint l'idée et le désir de jeter sur sa petite fille de l'eau bouillante. Quoiqu'elle se rendît bien compte de tout ce qu'il y avait d'insensé dans cette idée, elle eut besoin de toute sa volonté pour se maîtriser; elle réussit, mais elle se sentait tellement poussée à le faire qu'elle s'empressa de quitter immédia-

tement la cuisine. Cette idée se présenta encore avant de disparaître plusieurs fois à son esprit et elle avait besoin de faire un effort pour l'en chasser. Enfin, le calme revint, la malade reprit ses occupations et se croyait guérie, mais quatre mois après elle se sentit avec épouvante reprise par la même idée. A mesure que cette obsession s'emparait d'elle, elle se complétait, s'amplifiait. Il lui suffisait de voir de l'eau bouillante, ou bien n'importe quel liquide bouillant, huile, graisse, des pommes frites, des couvercles rougis par le feu pour que l'idée de les jeter à la tête de son enfant s'emparât d'elle. De même, si par hasard elle passait auprès d'une fenêtre qui fût ouverte, elle se sentait poussée à s'en approcher avec sa fille et à la jeter par dessus. Au moment où elle avait ces impulsions, elle était secouée d'un tremblement comme électrique, un frémissement des membres. Et quand elle résistait, elle sentait un serrement à l'estomac, on dirait qu'une barre pesait sur elle à cet endroit.

Cet état, les luttes qu'elle avait à subir continuellement, la rendirent très malheureuse ; elle passait des journées entières à pleurer quand son obsession lui donnait des répits et, de crainte de succomber à son impulsion, elle se décida, après avoir avoué à sa mère les motifs, à se séparer de son enfant. L'éloignement de l'enfant la soulagea un peu ; son obsession devient moins tenace, moins fréquente, l'appréhension de succomber dans sa résistance n'a plus d'objet et après un mois de séparation, elle se sent assez améliorée pour pouvoir tenter l'essai de reprendre son enfant. Mais alors elle s'aperçut que rien n'était changé et que ses impulsions étaient loin d'avoir disparu. Au mois d'août, elle accouche d'un enfant bien portant ; l'accouchement et le post partum ne présentèrent rien de particulier, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. Son obsession continue, s'accentue progressivement et profite de l'arrivée de ce nouvel enfant pour le prendre aussi pour objet.

Elle essaye de lutter et, de guerre lasse, afin d'éviter un crime, dit-elle, elle se décide à provoquer elle-même son internement.

La malade garde à l'asile son attitude triste, elle ne peut se dissimuler qu'il lui faudra beaucoup de temps pour se guérir, malgré les assurances du médecin et elle se sent encore poursuivie par ses idées. Tout lui sert de prétexte pour les réveiller : ainsi les couteaux qu'elle voyait sur la table faisaient immédiatement surgir dans son esprit le désir de frapper avec, ses

enfants ; une porte qu'on fermait suffisait pour lui faire penser que si ses enfants s'étaient trouvés dans le voisinage elle aurait eu du plaisir à les placer contre cette porte pour leur faire du mal, et elle emploie toutes ses journées pour se sermonner et essaie de chasser ces idées.

Une dizaine de jours après son entrée, en cirant le parquet avec un bâton, la malade s'est sentie poussée à dire malgré elle : « Si j'avais l'enfant là, je lui en donnerais un coup. »

Il y a deux jours, à la suite d'une très petite contrariété qu'elle avait éprouvée dans la journée, elle est prise au milieu de la nuit, subitement, en s'évcillant, d'une envie de s'étrangler; elle se sentait poussée à serrer ses mains autour du cou et il lui a fallu pour s'en empêcher qu'elle se cramponnât fortement avec les mains aux barres de son lit; en même temps, elle ne pouvait bannir de son esprit la pensée que si son enfant avait été auprès d'elle, elle lui aurait fait subir le même sort.

Son obsession, à l'asile, ne s'accompagne plus des mêmes signes physiques, elle n'a plus surtout la sensation de barre. Elle a aussi moins de peine que chez elle pour chasser ces idées.

Il est à remarquer qne l'obsession de la malade n'a eu pour objet que ses deux derniers enfants et que jamais elle ne s'est arrêtée sur le premier. Elle n'a jamais pu s'expliquer la cause de cette préférence, elle aimait cet enfant autant que les autres et l'avait aussi souvent qu'eux auprès d'elle.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de sensation de boule. N'a jamais pu être endormie, des essais ont été tentés au dehors.

Rien au cœur ou aux poumons. Urine normale.

En résumé, il s'agit dans le cas précédent d'une malade atteinte de dégénérescence mentale. L'alcoolisme du grand-père et son délire, celui du père avec une certaine dose de débilité, la nervosité de la mère qui s'est même traduite par des accidents mentaux, ont été des facteurs plus que suffisants pour préparer chez la fille un terrain propice au développement d'un état mental particulier, celui des dégénérés, sur les stigmates physiques et psychiques desquels notre maître a depuis longtemps attiré l'attention. L'asymétrie faciale de cette

malade est, dans l'ordre physique, identique à ce que son obsession réalise dans l'ordre psychique.

Cette obsession se présente chez elle avec tous ses caractères pathologiques : soudain, notre malade ne peut en effet trouver comment a pu éclore dans son esprit l'idée de vouloir faire du mal à son enfant ; état conscient, la malade ne cesse en effet de déplorer son état ; irrésistibilité, car c'est parce qu'elle sent que cette idée est plus forte qu'elle, qu'elle a sollicité son internement ; enfin, angoisse et lutte qu'elle décrit elle-même en parlant de cette sensation de barre qui lui pèse sur l'estomac.

On serait peut-être tenté de rapprocher ces troubles mentaux de la grossesse de la malade ; mais nous ne pensons pas que la puerpéralité puisse être pour quelque chose dans ce cas, car si cela était, les accidents mentaux auraient pris une allure bien plus dramatique et ensuite parce que c'est surtout dans les trois derniers mois de la grossesse qu'on les voit généralement survenir. Mais alors même que ce rapport existerait, l'obsession dont est atteinte notre malade, ne cesserait pas d'être fonction de dégénérescence, la puerpéralité, ainsi que l'enseigne M. Magnan, n'étant qu'une cause occasionnelle et ne pouvant, dans tous les cas, éveiller la psychose que sur un terrain de dégénérescence.

Quoi qu'il en soit, l'impulsion morbide dans ce cas ne va pas jusqu'à l'acte et est consciente ; il n'en est pas de même dans le cas suivant :

Observation II.

Sommaire. — Enfant de treize ans. — Père alcoolique et hystérique. — Sœur hystérique. — Dégénérescence mentale. Excès alcooliques. — Impulsions à frapper son entourage. — Etat vertigineux. — Amnésie.

E. M..., âgé de treize ans, entré dans le service de l'Admission, le 20 novembre 1896.

Le père du malade, ancien alcoolique, a eu, à l'âge de vingt-

deux ans, des aeeès d'hystérie. A la suite d'un grand chagrin, la mort de sa femme, ees aeeès ont duré une quinzaine de jours et ont disparu sans laisser de traees.

Mère un peu nerveuse.

Onze enfants, dont cinq morts de convulsion en bas âge.

La sœur aînée du malade a fait, il y a trois mois, un séjour d'une semaine à la Salpêtrière, pour des attaques d'hystérie.

Un frère a eu des eonvulsions, a du strabisme et de l'asymétrie faeiale.

De stature moyenne, bien développé, le malade, à part un impetigo assez tenaee, qui a mis des années pour disparaître, ne présente, eomme antéeédents, rien de partieulier. Pas de mauvaises habitudes.

Caraetère entier, eolères faeiles et non motivées.

Depuis trois ou quatre mois, le malade eommenee à fréquenter les bars et à faire des excès de rhum, eafé et tabae.

Ces exeès ne sont pas sans aeeentuer son irritabilité et le malade, qui jusqu'alors était assez obéissant, eommenee à se montrer rebelle à toutes les remontrances que lui faisaient ses parents. Dès qu'on le sermonnait, il se mettait en colère, brisant tout ee qui se trouvait sous sa main. Ses eolères sont telles, dit son père, que, dans ces aeeès, il n'hésiterait pas à frapper d'un coup de couteau son entourage. En même temps, il lui arrivait de frapper subitement et sans aucun motif ses frères et ses sœurs, et eeci étonnait d'autant plus ses parents que généralement il les aimait beaucoup et les eomblait de ses earesses. Depuis six mois environ, le malade accusait le matin de fortes eéphalées, avait la tête lourde et paraissait comme abruti, mais n'a pas eu d'ineontinenee d'urine. Il dit bien dormir, ne se rappelle avoir eu ni cauchemars, ni hallucinations, n'a ni crampes ni tremblement des mains. Pas de troubles de la sensibilité, aueune espèce d'attaque.

Le malade met un peu de temps pour avouer ses excès de boisson, mais déerit en revanehe, avee beaucoup de préeision, ses eolères et ses violenees. Il reconnaît avoir la eolère facile et s'être souvent emporté chez ses parents ; mais e'est parce qu'il ne peut pas se retenir, dit-il, quand on le eontrarie, en l'empêchant de faire ce qui lui plaît ; il se rend bien eompte qu'il a tort, mais e'est plus fort que lui.

Quant aux violenees qu'on lui reproche, il en est le premier à s'étonner et à les regretter. Il sait qu'on l'accuse d'avoir plusieurs fois frappé ses frères et ses sœurs ; mais il assure que

toutes les fois que cela lui arrivait, il y avait comme un voile qui lui passait devant les yeux. Il ne sait alors ce qu'il fait, ne se rappelle rien et n'apprend la violence qu'il a commise que par le récit qu'on lui en fait postérieurement. Et ceci paraît être d'autant plus exact, que d'après son père, ses violences succédaient subitement et sans transition à des caresses. Quelquefois, lorsque le malade a ce voile devant les yeux, il lui arrive aussi de frapper le mur avec son pied ou sa tête sans pouvoir se retenir et sans éprouver aucune douleur.

Rien ne le prévient de l'arrivée de ces crises et il n'a pas de malaise consécutif.

Pas d'affection cardiaque ou pulmonaire.

Urine normale.

Ce malade, fils d'un ancien alcoolique et hystérique, frère d'un hystérique et d'un dégénéré, est sans aucun doute un dégénéré lui-même. Les excès alcooliques auxquels il s'est livré dernièrement entrent pour une petite partie, chez ce caractère irritable, dans les causes provocatrices des scènes d'emportement dont il s'est rendu coupable, mais c'est sa dégénérescence mentale qui en fournit surtout l'explication. Il n'est pas maître de ces impulsions; comme il le dit, c'est plus fort que lui. Parmi ces impulsions, il y en a qui peuvent à bon droit invoquer une cause surajoutée. Notre malade est en effet, un vertigineux, à en juger par l'état qu'il présente souvent le matin, par le voile qu'il accuse devant les yeux avant ces sortes d'impulsions qui cessent naturellement alors d'être conscientes ; mais conscientes ou non, c'est sur le même terrain que ces impulsions évoluent. L'impulsion de la dégénérescence simple du premier cas est de même nature que celle du second qui n'a qu'un élément de plus, l'inconscience qu'il doit à l'état vertigineux.

Et quels que soient les facteurs qui viennent se surajouter, il en sera de même, ainsi qu'on peut le voir dans le cas suivant :

Observation III.

Sommaire. — Homme de soixante-quatre ans. — Père alcoolique. — Tante aliénée. — Oncle choréique. — Sœur aliénée. — Excès alcooliques. — Dégénérescence mentale. — Ictus apoplectique. — Mouvements choréiques. — Délire alcoolique. — Abcès épileptiformes. — Etat vertigineux. — Impulsions homicides. — Amnésie.

R... (L.), âgé de soixante-quatre ans, entré à l'Admission, le 28 mars 1896.

Père alcoolique mort à l'âge de cinquante ans.

Mère morte très jeune et après une courte maladie qui aurait été occasionnée par la mauvaise nouvelle du départ du fils pour le service.

Une tante a eu la tête dérangée, mais n'a pas été internée. Un oncle choréique. Une sœur morte aliénée.

Marié depuis trente-un ans, le malade a eu six enfants, tous morts très jeunes et la plupart ayant eu des convulsions.

Pas de maladies antérieures. Buvait beaucoup, tout lui était bon : vin blanc, absinthe, amer, rhum, etc., etc., et cela depuis son mariage et même avant ; mais c'est surtout depuis la guerre que ces excès se sont accentués.

Il exerçait à cette époque le métier de maçon, mais sa conduite déréglée le força bientôt à quitter ce métier et il prit celui de marchand de quatre saisons, s'y faisant encore, la plupart du temps, remplacer par sa femme.

En 1886, le malade commence à avoir des étourdissements, des vertiges ; il lui arrivait aussi à cette époque d'être fréquemment rempli de sueur et comme en nage sans avoir travaillé ou supporté quelque fatigue. Il lui arrivait aussi de se réveiller le matin avec de fortes migraines et paraissant très déprimé. Cet état continue pendant deux ans. En 1888, il est atteint d'apoplexie cérébrale, reste pendant trois jours au lit sans reprendre connaissance et présente, revenu à lui, une hémiplégie droite qui dura quelques mois.

A la même époque et consécutivement à son ictus, il fut pris de mouvements choréiques qui n'ont fait qu'augmenter d'intensité depuis.

Simultanément avec ces troubles s'installèrent, d'après le récit de la femme, les accidents mentaux. Les nuits du malade devenaient très agitées, il avait des hallucinations terrifiantes, voyait la nuit des maquereaux payés par sa femme pour le tuer,

s'imaginait que sa femme soudoyait la police pour le surveiller et lui reprochait de le tromper avec tout le monde; quelquefois il refusait de s'alimenter et refusait les plats, craignant que sa femme, qui les avait confectionnés, n'y ait mis quelque chose dedans pour se débarrasser de lui; sorti dans la rue, croyait que tout le monde le poursuivait quand on ne le prenait pas en dérision. En même temps il se plaignait de pituites, de crampes dans les jambes et avait le tremblement des mains caractéristique.

Cet état mental se continue pendant cinq ans, sans aucune rémission et sans que le malade cessât ses excès de boissons.

En 1893, il présente deux accès épileptiformes avec perte de connaissance, chute et secousses dans les membres à trois mois d'intervalles. Ses étourdissements augmentent en même temps de fréquence et d'intensité, son état meutal suit une marche parallèle, sa mémoire s'affaiblit progressivement, il ne se rappelait guère ses actes et quand sa femme, contre laquelle il avait toujours gardé ses idées de jalousie et de persécution et qu'il commençait à frapper, le lui reprochait, il lui répondait : « Ce « que tu dis là-bas est pour cacher ton jeu, tu es une coquine ».

Ses idées de jalousie devinrent même si accusées qu'une nuit il essaya d'étrangler sa femme, qui ne dut sou salut qu'à l'intervention des agents. Par intervalles, il était très incohérent, criait, chantait et souvent indépendamment de ses mouvements choréiques qu'il n'avait jamais cessé de préseuter se faisait remarquer par l'étrangeté de son attitude.

Quelques mois après, il lui arrivait assez souvent de sortir de chez lui sans savoir où il allait et sans pouvoir se rappeler, une fois rentré chez lui, après toute une journée, ce qui s'était passé et l'endroit où il s'était trouvé.

Une fois, disait-il à sa femme, qui le sermonnait à la rentrée, il s'est trouvé sur un banc du bois de Vincennes sans s'en douter et sans savoir comment il s'y trouvait. Ce n'est que quelque temps après s'être assis sur ce banc qu'il a senti sa tête libre et qu'il a reconnu l'endroit. Le jour de ses fugues, sa femme avait remarqué qu'il se plaignait plus que de coutume de migraines, qu'il avait les yeux injectés et qu'il répétait des mots incohérents. Au commencement de 1895, le malade aurait cessé de boire et se serait mis au régime absolu de l'abstinence.

Vers la fin de l'annéc passée, le malade traversa, pendant quinze jours environ, une période délirante plus active encore. Ses menaces contre sa femme se répètent sans cesse, le jour

comme la nuit il voit des individus soudoyés par elle qui se faufilent dans sa chambre pour l'épier et le surveiller ; il s'imagine que sa femme veut l'empoisonner. Ses fugues deviennent plus fréquentes : il en a deux par semaine et il continue à accuser des étourdissements.

Et, en janvier 1896, subitement un matin pendant que sa femme était en train de s'habiller et sans qu'aucune discussion ou propos délirant ne la prévînt de ce qui allait arriver, le malade s'élance sur elle et la frappe de neuf coups de marteau et de trois coups de couteau. Aux cris poussés par la victime les voisins accourent, enfoncent la porte et l'on assiste au spectacle du malade inconscient et ne se rappelant rien devant sa femme étendue au milieu d'une mare de sang. Conduit en prison, le malade n'y est pas gardé longtemps par suite de l'aggravation de son état mental. Une certaine agitation avait, en effet, succédé à son arrestation ; il avait essayé de s'étrangler en cellule et ne reconnaissait plus sa femme qui venait le visiter. Il est, par la suite, transféré à Sainte-Anne.

Au moment de son arrivée dans le service, le malade déclare ne pas se rappeler avoir frappé sa femme et il assure que ce n'est que la vue du sang qui coulait qui l'a rappelé à la réalité.

Il n'a d'ailleurs, dit-il, aucun motif d'animosité contre sa femme qui se conduit très bien.

Ses nuits sont calmes, pas d'hallucinations. Idées vagues de persécution, tout le monde lui en voudrait. Il est très émotif et sanglote facilement.

Facies anémié. Musculature moyenne. Pupilles égales à réaction normale.

Présente des mouvements choréiques très manifestes. Ces mouvements sont généralisés, mais prédominent surtout au cou et aux yeux.

Pendant qu'il parle, le malade a les yeux et la tête continuellement en mouvement.

Pendant la marche, aspect ébrieux classique. Assis, les mouvements sont surtout accusés aux yeux, au cou, aux mains et un peu aux cuisses.

Ces mouvements retentissent sur la parole qui s'en ressent et devient très embrouillée.

Réflexes rotuliens normaux.

Pas de troubles de la sensibilité.

Rien au cœur ou au pouls, urine normale.

Il s'habitue au séjour de l'asile, et quoique bien surveillé, ne présente rien de particulier pendant le premier mois de son internement.

Mais à la fin de ce mois, il saisit un jour tout d'un coup à la gorge un malade assis près de lui et, sans qu'il y eût auparavant la moindre discussion entre eux, le frappa d'un coup de poing; celui-ci riposte, on les sépare ; il semble tout ahuri et lorsqu'on l'interroge sur ce qui s'est passé il en est très étonné, proteste contre la violence subie, se rappelant le coup qu'il a reçu, mais nullement celui qu'il a donné.

Vers le mois de septembre, il commence à s'imaginer qu'il est persécuté par l'infirmier de son quartier et lui reproche de le surveiller sans cesse et de le sermonner sur tout ce qu'il fait.

Il le prend en grippe et son animosité s'accentue de jour en jour.

Le 13 novembre, s'excite subitement et croyant que celui-ci l'a frappé avec une plaque de tôle qu'il tenait cachée sous sa blouse, se précipite sur lui avec une chaise pour l'assommer. On intervient, il se calme, et demande tranquillement au même gardien une veste comme si rien ne s'était passé.

Mais il semble cacher son jeu, car il dit à sa femme qui revient le voir que cet infirmier a décidé sa perte, qu'il veut se débarrasser de lui, qu'il cherche à l'empoisonner et tout cela pour se marier avec elle.

Quelques jours après et non sans avoir fait des avances audit gardien, il s'approche sournoisement de lui et lui donne trois coups de bêche sur la tête.

Il n'a aucun remords après et lorsqu'on l'interroge, il avoue tranquillement qu'il a voulu tuer cet homme parce que c'était un Prussien et qu'il lui faisait des misères; il entre dans une rage folle, — ses mouvements choréiques deviennent alors si accusés qu'il tomberait si l'on ne le soutenait pas ; — quand cet infirmier l'accuse d'avoir frappé aussi ses camarades, il veut s'élancer sur lui et l'on a grande peine à l'empêcher de « finir par le démolir ».

A part ses idées de persécution contre le gardien, le malade ne semble pas en avoir conservé d'autres.

Il ne subsiste plus rien de ses idées délirantes contre sa femme qu'il trouve « très gentille et une très brave femme ».

Sa mémoire a beaucoup baissé pour les faits anciens comme pour les faits récents.

Il passe des journées entières sans prononcer un mot et ne semble pas s'intéresser à ce qui l'entoure.

Ce cas, qui pourraît paraître un peu complexe, ne diffère pas pourtant, à part quelques facteurs nouveaux, des précédents.

Un dégénéré, qui a pour père un alcoolique, pour mère une nerveuse et deux tantes aliénées, fait de nombreux excès alcooliques, pendant des années.

Il se crée ainsi un état spécial de ses artères qui se traduit à l'âge de cinquante ans par une hémorragie cérébrale suivie d'hémiplégie.

Cette hémorragie, nouvelle cause occasionnelle, provoque chez ce dégénéré, qui a eu un oncle choréique, une chorée chronique et une épilepsie.

Intoxication alcoolique, hémorragie cérébrale, chorée chronique, épilepsie, autant de gouttes qui peuvent faire déborder le vase, et ainsi, de par sa dégénérescence mentale, le malade fait du délire.

Dans ce délire on peut, jusqu'à un certain degré, voir ce qui revient à l'alcool et ce qui revient à l'épilepsie, et à ce titre notre malade offre un nouvel exemple de ces délires surajoutés, chez un même malade, depuis longtemps déjà décrits par notre maître. Les hallucinations visuelles nocturnes, les idées de jalousie morbide, les actes de violence conscients, ont une teinte alcoolique, alors que les fugues et les actes impulsifs inconscients en ont une épileptique. Il frappe souvent sa femme et s'en souvient, mais d'autres fois il la frappe sans en garder aucun souvenir. C'est la même impulsion dans les deux cas, celle du sommeil identique à celle de la veille, et si, continuant la comparaison, ce rapprochement nous était permis, de même que l'on voit chez l'épileptique automatique l'acte accompli comme continuation de celui ébauché avant l'attaque.

Mais dans tous les cas, quelle que soit l'influence des causes occasionnelles, elles n'auraient pu suffire à provoquer l'impulsion et le délire, si le terrain sur lequel elles agissaient ne s'y était prêté et, c'est parce que nos malades étaient des dégénérés, qu'ils ont présenté cet état particulier mental que nous avons cru intéressant de signaler.

Médecine légale

DE LA CRIMINALITÉ

CHEZ LES ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE L'AVEYRON

PAR LES DOCTEURS

J. RAMADIER,
Médecin-directeur de l'asile de Rodez,

et

A. FENAYROU,
Méd.-adj. de l'asile de Blois,
Ancien interne de l'asile de Rodez.

Suite et fin (1).

Instruction. — L'instruction est peu répandue dans le département. L'intelligence des Aveyronnais est d'une façon générale peu cultivée ; leur esprit ne possède, abstraction faite de quelques notions d'ordre essentiellement pratique et de principes religieux, qu'un nombre restreint d'idées. La plupart savent à peine lire et écrire ; nombreux sont ceux qui ne savent que lire ou sont absolument illettrés. Le tableau suivant, indiquant le degré d'instruction des malades de l'Aveyron admis à l'asile de Rodez du 1er janvier 1892 au 31 décembre 1895, donnera une idée exacte du peu de diffusion de l'instruction dans le département.

Degré d'instruction des malades de l'Aveyron admis à l'asile de Rodez en 1892-1893-1894 *et* 1895.

Degré d'instruction.	1892	1893	1894	1895	Totaux.
Nul	26	39	18	19	102
Savent lire	5	7	8	3	23
Savent lire et écrire	34	22	35	36	127
Primaire	1	6	5	14	26
Secondaire	»	2	»	»	2
Supérieure	1	1	»	2	4
	67	77	66	74	284

(1) Voir les *Annales* de janvier-février, mars-avril et mai-juin 1898.

Par suite de ce défaut d'instruction, l'Aveyronnais, peu au courant des conventions sociales, est exposé à contrevenir à des lois qu'il ne connaît pas ou qu'il ne connaît du moins que d'une façon très imparfaite. Du reste, il ne conçoit pas le plus souvent la nécessité de ces lois qui, dans son idée, n'ont d'autre effet que d'entraver le libre déploiement de son activité ; il ne comprend pas que l'on s'immisce dans ses affaires, qu'on contrôle sa conduite et qu'on prétende l'empêcher de se faire justice lui-même. Cet état d'esprit, en grande partie conséquence de l'absence ou de l'insuffisance de la culture intellectuelle, joue un rôle manifeste dans la genèse de nombreux crimes et délits accomplis, soit par des individus sains d'esprit, soit par des aliénés. Il facilite la transformation en actes des idées qui ont fait germer les facteurs ordinaires de criminalité.

Le défaut d'instruction agit encore sur la criminalité des aliénés du département en contribuant pour une large part à entretenir dans l'esprit des populations aveyronnaises la croyance en une foule de superstitions, en particulier la croyance aux sorciers et aux esprits.

Bien des gens, surtout dans les campagnes, sont intimement convaincus de l'existence de sorciers, c'est-à-dire d'êtres doués d'un pouvoir surhumain qu'ils n'utilisent guère que pour faire le mal. Ils croient que ces sorciers connaissent l'avenir ; ils les croient aussi capables de donner des mauvais coups d'œil, de jeter des sorts et d'attirer les plus grands malheurs sur ceux qui s'exposent à leur colère où à leur vengeance.

Les récits plus ou moins fantastiques des exploits malicieux de ces êtres surnaturels, sorciers et esprits, frappent dès l'enfance l'imagination des Aveyronnais et restent ensuite profondément gravés dans leur esprit. Aussi en retrouve-t-on la trace, avec une certaine fréquence, dans le délire des aliénés.

Bon nombre de malades attribuent à l'intervention des sorciers et des esprits les persécutions dont ils se figurent être l'objet: les uns se croient ensorcelés, d'autres sont convaincus qu'ils sont victimes de mauvais conps d'œil. Si un bruit suspect parvient à leurs oreilles, ils s'imaginent entendre des esprits ; s'ils éprouvent une sensation interne anormale, ils la rapportent à quelque maléfice qui leur a été envoyé par un sorcier, par un « devineur ». D'autres croient reconnaître dans les personnes de leur entourage des sorciers ou des esprits. Il en est encore qui échaffaudent leur délire sur les révélations qui leur ont été faites par de prétendus sorciers et auxquelles ils ajoutent foi, quelle qu'en soit l'invraisemblance, malgré tous les raisonnements.

Sous l'influence de ces conceptions délirantes, les malades sont amenés parfois à réagir violemment. Certains accomplissent des actes criminels pour se préserver du sortilège, pour se venger des sorciers et des esprits qu'ils prennent pour leurs ennemis, ou encore dans le but de débarrasser la terre d'êtres qu'ils considèrent comme essentiellement malfaisants. Parfois aussi, des actes délictueux ou criminels sont accomplis par des aliénés agissant à l'instigation de sorciers qu'ils ont consultés.

Obs. XXX. — C..., vingt-cinq ans, célibataire, vigneron, atteint de débilité mentale avec idées de persécution, s'est livré à des actes de violence sur un vieillard de sa commune qu'il prend pour un sorcier.

Obs. XXXI. — D..., quarante ans, célibataire, sans profession, est atteinte de débilité mentale avec idées de persécution et de grandeur. Elle a tenté d'incendier la maison qu'elle habitait pour en chasser des esprits malfaisants qui avaient empoisonné son logis où il ne cessaient de la persécuter.

Obs. XXXII. — M..., vingt-trois ans, célibataire, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec idées de persécution

et idées mystiques. Incendiaire. A la manie de mettre le feu sous prétexte de détruire les mauvais esprits.

Obs. XXXIII. — R... (Clément), quarante-six ans, marié, cultivateur, est atteint de débilité mentale avec idées de persécution, de satisfaction personnelle et hypochondriaques. Père original, avare, très violent. Deux cousins germains du côté paternel, faibles d'esprit, presque imbéciles. Mère nerveuse, déséquilibrée, hypochondriaque, d'un caractère très emporté. Une sœur a présenté des troubles mentaux de nature mélancolique avec prédominance d'idées mystiques ; elle a dû, pour ce motif, quitter le couvent où elle était religieuse. Les autres frères et sœurs du malade sont tous plus ou moins bizarres et violents.

R... a toujours été sombre et taciturne. Très laborieux, il avait, par son travail, notablement amélioré la propriété de son père ; il y avait consacré toute sa jeunesse, encouragé en cela par ses parents avec qui il vivait et qui lui avaient fait une donation assez importante. Tant qu'il resta célibataire, il vécut en bonne intelligence avec son père et sa mère, mais, après son mariage, ceux-ci circonvenus par un de ses frères ne voulurent plus habiter avec lui ; ils manifestèrent alors l'intention de procéder au partage de leurs biens entre leurs enfants, et, en attendant le moment de donner suite à ce projet, ils se retirèrent chez leur autre fils. Ce brusque changement dans l'attitude de ses parents à son égard contraria R... très vivement et exerça une influence funeste sur son état mental.

Depuis longtemps déjà, R... présentait des troubles psychiques auxquels on n'avait pas prêté grande attention jusqu'alors. Il croyait qu'un sort, une malédiction lui avait été jetée ; il était tourmenté en effet par un esprit qui lui apparaissait de temps à autre sous des formes aussi étranges que variées ; tantôt c'était un être monstrueux et épouvantable, tantôt un serpent, d'autres fois encore un poisson ou un corbeau. Cet esprit malin exerçait sur lui une influence à laquelle il ne pouvait se soustraire. A son gré, il le rendait aphone, il le paralysait de tous ses membres, ou le forçait au contraire à courir sans but et à errer pendant des journées entières dans la campagne. Il l'empêchait d'exécuter ses projets ; c'est ainsi que parfois, au moment d'entrer à l'église, il se trouvait dans l'impossibilité de faire un pas en avant et était obligé de rentrer chez lui ; de même, lorsqu'il voulait écrire, il lui arrivait de ne pouvoir tracer un signe sur le papier. Cet être surnaturel lui interdisait aussi

de temps en temps l'usage de certains aliments et lui imposait des jeûnes d'une durée prolongée. En revanche, il lui avait fait connaître de nombreux ennemis qu'il possédait dans son pays : lorsque R... passait auprès d'une personne animée de mauvais sentiments à son égard, il éprouvait une sensation de constriction on ressentait une piqûre qui éveillait son attention. Il était alors obligé de fuir. En maintes circonstances il s'était vu contraint de faire de longs détours pour éviter de passer auprès de la demeure des gens que l'esprit lui avait désignés comme ses ennemis.

A la suite des démêlés que R... eut avec ses parents, son délire devint beaucoup plus actif. Il se crut entouré d'ennemis ; il manifesta des sentiments d'animosité et de haine contre la plupart des membres de sa famille, ainsi que contre les parents de sa femme et contre sa femme elle-même. Cette animosité se traduisit par une série d'actes de violence sur son entourage, actes pour lesquels il ne fut pas inquiété, à raison de son état mental ; on le considérait en effet comme aliéné ; on songea même alors à le faire interner, mais on ne donna pas suite à ce projet.

Cependant ses parents avaient persisté dans leur idée de procéder au partage de leur avoir entre leurs enfants. Mais R..., se considérant comme le légitime propriétaire d'un bien dont il jouissait depuis longtemps, se refusait énergiquement à en abandonner la moindre parcelle. On dut lui faire signifier par un huissier d'avoir à s'exécuter. Lorsque celui-ci vint s'acquitter de sa mission, R... le mit brutalement à la porte ; il revint le même jour escorté d'un maréchal des logis de gendarmerie et d'un gendarme, mais R... s'était barricadé chez lui ; on dut enfoncer la porte à coups de hache. A peine le maréchal des logis avait-il pénétré dans la maison, R... tirait sur lui deux coups de fusil dont l'un l'atteignait au flanc et l'autre lui fracassait la main gauche. Quoique grièvement blessé, il riposta par quatre coups de revolver ; à son tour, le gendarme qui le suivait fit feu par trois fois ; mais abrité par un meuble derrière lequel il s'était posté, R... ne fut pas atteint. Les gendarmes se retirèrent alors. R... se barricada de nouveau chez lui et, décidé à résister jusqu'au bout, rechargea son arme en prévision d'une nouvelle lutte. Mais subitement il fut atteint de cette paralysie que le malin esprit lui envoyait par intervalles ; on put alors entrer chez lui et le ligotter, sans qu'il fût capable de faire la moindre résistance.

Plus tard, interrogé sur les motifs qui l'avaient poussé à s'opposer par un crime à l'action de la justice, R... a répondu qu'il avait agi ainsi parce que « depuis dix-huit ans, on le « rendait fou, qu'on était cause qu'il avait perdu tout repos et « qu'il souffrait de cette force surnaturelle qui le maîtrisait ».

Obs. XXXIV. — P..., quarante-six ans, célibataire, terrassier; est atteint de débilité mentale avec idées de persécution. Il a été interné à la suite de menaces de mort qu'il avait adressées à un juge de paix qu'il accusait de l'avoir volé.

Son père était original, prodigue, insouciant, mais n'a jamais présenté à proprement parler de troubles mentaux. Deux sœurs ont succombé à des crises d'éclampsie puerpérale; leurs enfants sont décédés en bas âge par suite de convulsions.

P... a toujours été peu intelligent. Une méfiance extrême, une ténacité parfois si prononcée qu'elle dégénère en un entêtement obstiné, constituent les traits les plus saillants de son caractère. Il est très dévot et aussi très superstitieux ; il n'a acquis qu'une instruction rudimentaire ; c'est à peine s'il sait lire les mots imprimés et signer son nom.

Vers l'âge de vingt-six ans, vingt ans environ avant son entrée à l'asile, il fut victime d'un accident en travaillant dans une mine. La Compagnie, au service de laquelle il avait été blessé, actionnée par lui, fut condamnée à lui payer 8,000 francs à titre de dommages et intérêts, mais elle fit faillite, et P... ne put entrer en possession de sa créance. Bien que l'insolvabilité de la Compagnie, sa débitrice, lui eût été attestée par des preuves irrécusables, P... ne put se décider à faire abandon de l'indemnité à laquelle il avait droit et qui constituait toute sa fortune. Il adressa de nombreuses réclamations aux autorités judiciaires, demanda et obtint l'assistance judiciaire, sollicita l'intervention et l'appui de plusieurs personnes influentes. Il se rendit lui-même douze fois à Paris pour s'occuper de son affaire; comme il était sans ressources, il voyageait à pied, vivant de la charité publique. Au cours de ces pérégrinations, il recueillit quinze condamnations pour vagabondage ou défaut de papiers; plusieurs fois il se fit arrêter à dessein pour attirer l'attention sur lui et « pour faire suivre son affaire ». L'insuccès inévitable de ses démarches ne le décourageait pas et, malgré tous les obstacles, il persistait toujours dans sa résolution de soutenir une cause dont le gain était pour lui indubitable.

Il finit par se persuader que la Compagnie avait versé à la Caisse des dépôts et consignations la somme qu'elle avait été

condamnée à lui payer. Une somnambule qu'il alla consulter à Paris le confirma dans cette idée; elle lui annonça en effet qu' « on lui jouerait un tour qui ne serait pas bien convenable, « que l'argent viendrait, mais qu'on lui ferait beaucoup de « misères avant d'y arriver ».

Elle lui apprit aussi qu' « il cherchait au loin ce qu'il avait « dans son pays ».

Peu après avoir consulté cette devineresse, P... s'aperçut qu'elle lui avait donné malheur. Il était sous sa domination : elle l'obligeait parfois à cesser brusquement son travail, à quitter ses maîtres sans prendre même le temps de réclamer son salaire, et à aller errer au hasard dans la campagne. Pendant ses fugues, il restait parfois plusieurs jours sans manger ni boire, ne ressentant d'ailleurs ni la faim, ni la soif. Lorsque l'idée de partir s'emparait de lui, il cherchait à résister, mais en vain; au bout d'un ou deux jours de lutte et de souffrances, il était contraint de céder.

Mais en même temps qu'elle l'avait influencé, la somnambule lui avait connaître le fin mot de son affaire. Guidé par les prédictions énigmatiques qu'elle lui avait faites, il ne tarda pas à apprendre ce qu'étaient devenus les 8,000 francs dont il poursuivait le recouvrement. Interprétant, d'une façon délirante, une série de faits auxquels M. C..., juge de paix de S..., s'était trouvé mêlé, il s'imagina que ce monsieur, qui n'avait eu d'autre tort que celui de s'intéresser à son affaire, avait trouvé le moyen de toucher l'argent à sa place et le lui retenait. Il ne cessa dès lors de l'assaillir de ses réclamations, usant d'abord de la douceur, ensuite des menaces : « En voyant que M. C... « m'avait trahi, dit-il, et m'a mis dans la position d'aller men- « dier mon pain, je l'ai appelé voleur, assassin, devant tout le « monde, pour qu'on me poursuive en justice et que les témoins « disent la vérité. J'ai fait aussi ma dénonce trois fois au maire « de S... et autant de fois au maire et au brigadier de gendar- « merie de R... Ensuite, comme ça restait au même point, j'ai « promis de tuer le juge de paix s'il ne me rendait pas mon « argent avant la Saint-Jean. » Las enfin de réclamer inutilement, P... devint si affirmatif dans ses menaces de mort que l'autorité judiciaire dut ordonner son arrestation. Son état mental n'ayant pas paru normal aux magistrats, il fut soumis à un examen médico-légal, à la suite duquel il fut déclaré irresponsable et maintenu d'office à l'asile.

Depuis lors, c'est-à-dire depuis douze ans, les idées délirantes

de P... ne se sont pas sensiblement modifiées. Ce malade est plus que jamais convaincu que la somnambule lui a dit la vérité. Il croit fermement que M. C... détient son argent sur lequel il a prélevé 4,000 francs qu'il a donnés à ses frères pour prix de leur silence. La devineresse lui avait annoncé, qu'avant qu'il pût entrer en possession de son indemnité, on lui ferait beaucoup de misères ; effectivement, on n'a pas cessé de le tourmenter, on l'a fait passer pour fou et on l'a interné ; on le détient injustement à l'asile ; on a cherché à se débarrasser de lui par le poison. Malgré tout, il a confiance ; il croit que la dernière partie des prédictions de la somnambule finira par se réaliser et qu'un jour viendra où il entrera en possession de son bien. En attendant, il s'efforce d'obtenir sa mise en liberté et il adresse dans ce but aux autorités administratives et judiciaires, aux ministres, au préfet, au procureur général, etc., des réclamations multipliées.

Obs. XXXV. — R..., dix-sept ans, célibataire, sans profession, est atteinte de débilité mentale avec idées de persécution et de grandeur.

Elle habitait à G... avec son père, sa mère et une sœur plus jeune qu'elle. Aucune anomalie n'avait été remarquée dans l'état mental des membres de la famille de R..., lorsque le père tomba malade. Il alla se faire soigner à l'hôpital de M... ; mais la maladie traînant en longueur, il rentra chez lui ; au bout de quelques jours, il se suicidait.

Peu après cet événement, les habitants de G... s'aperçurent que M^me^ et M^lle^ R... donnaient des signes d'aliénation. Elles se livraient à toutes sortes d'excentricités ; mais, comme elles ne paraissaient pas dangereuses, on les laissa tout d'abord en liberté. Un jour, elles allèrent se promener nues à travers leur village ; à la suite de ce fait, on provoqua leur séquestration à l'asile où elle furent admises toutes deux le même jour.

Le suicide du père avait été attribué à l'état d'hypochondrie, de mélancolie, dans lequel l'avait plongé la maladie physique dont il était atteint, ainsi qu'à un certain degré de faiblesse d'esprit ; il avait paru n'avoir aucun rapport avec la folie de la mère et de la fille. Ce n'est que plus tard qu'on reconnut qu'il existait une relation très étroite entre ces deux ordres de faits.

M^me^ et M^lle^ R... étaient déjà troublées lorsque M. R... tomba malade. Selon toute apparence, le délire avait apparu tout d'abord chez la mère qui l'avait ensuite communiqué à sa fille, il consistait surtout en idées de persécution vagues et

mal systématisées. Lorsque la maladie de M. R... se fut déclarée, la mère et la fille allèrent consulter une devineresse qui leur apprit que cette affection provenait de ce qu'un sort avait été jeté sur leur famille. Dès lors leurs idées de persécution devinrent plus nettes et plus précises, les deux malades attribuèrent aux sorciers et aux « puissances invisibles » les persécutions dont elles se croyaient l'objet. Voici comment Mlle R... a raconté ce qui s'est passé alors : « Notre famille était atteinte « d'un fléau duquel nous ne possédions pas le secret. Lorsque « mon père revint de l'hôpital, ce mal, par ses ravages, poussait « notre famille à bout. Ma mère, sans profonde méfiance « mais sans crédulité, fut chez une sorcière voir ce qu'elle lui « dirait : Ma mère crut la vérité du présent. Cette personne se « chargea de ses affaires. Nous ignorions à cette époque que « les sorciers donnaient leur don. Ma mère fut malade, elle « était frappée par quelque chose d'invisible qui devint de plus « en plus fort ; c'était une guerre qui s'attaquait à tout dans la « maison ; il fallait le voir pour le croire, mais comment se « plaindre de ce qui vous frappe? Où est la preuve? Je reconduisis ma mère chez cette femme parce que ma mère était « très souffrante et de maladie qui ne lui appartenait pas. Jusqu'à nos malheurs, cette sorcière ne s'était jamais compromise ; ce qui s'est passé ensuite nous fit enfermer. » Guidées par les réponses de la sorcière, ainsi que par des hallucinations et des illusions qui raffermissaient leurs idées de persécution et de sortilège, Mme et Mlle R... se persuadèrent qu'un des membres de leur famille devait se sacrifier pour obtenir la délivrance et la tranquillité des autres. Elles agirent tant et si bien sur l'esprit débile du père qu'elles réussirent à le convaincre de la nécessité de sa mort et l'obligèrent pour ainsi dire à se suicider.

Au reste, ce suicide forcé ne fit pas cesser les prétendus maléfices ; les idées de persécution persistèrent et s'accentuèrent même rapidement. C'est alors que se produisirent les actes insensés à la suite desquels notre malade et sa mère furent internées. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans environ, les troubles mentaux ont persisté sans interruption. Mlle R... se plaint constamment « des puissances invisibles et du pouvoir des sorciers ». Elle a manifesté à l'asile, à plusieurs reprises, des tendances à la violence et des idées de suicide qu'elle a même tenté de mettre à exécution.

III. — Quelques mesures prophylactiques

Sommaire. — Nécessité des séquestrations précoces. — Moyens de les faciliter : centraliser entre les mains de l'Etat le paiement des frais d'entretien des aliénés dans les asiles ; simplification des formalités à remplir pour l'admission ; placements volontaires gratuits. — Mesures destinées à assurer l'internement des aliénés dits criminels. — Conditions d'internement de ces aliénés. — L'asile ordinaire pour les aliénés dits criminels d'occasion ou accidentels ; un asile spécial pour les aliénés dits criminels d'habitude.

Laissant de côté l'étude des moyens à prendre pour combattre le développement de la folie en général, nous nous bornerons à rechercher les mesures auxquelles il convient d'avoir recours pour, étant donné un aliéné, l'empêcher de devenir criminel.

L'expérience a démontré depuis longtemps que tous ou presque tous les aliénés sont susceptibles à un moment donné de devenir dangereux. Si dans certains cas il est impossible d'affirmer que tel d'entre eux ne peut sans danger rester en liberté, on ne saurait jamais soutenir qu'un autre est inoffensif et n'a pas besoin d'être interné. Chez nombre d'aliénés, un fait insignifiant, la première occasion venue (nous en avons donné des exemples qu'il eût été facile de multiplier), deviennent parfois, alors qu'on s'y attend le moins, la cause déterminante d'actes délictueux ou criminels. S'il est difficile de prévoir l'occasion, il est au contraire aisé de la prévenir ; pour cela, il faut sonstraire le sujet à son milieu habituel, le mettre hors d'état de nuire, l'interner en un mot. La séquestration doit suivre d'aussi près que possible l'apparition des troubles mentaux, de façon à ne pas laisser à l'aliéné le temps de manifester par des actes les tendances nocives qui sommeillent en lui.

La mesure que nous proposons est nécessaire, non seulement dans un but de préservation sociale, mais

aussi dans l'intérêt même de l'aliéné ; car les chances de guérison de la folie sont d'autant plus grandes que le début de l'affection est plus récent et que le traitement est institué plus hâtivement. La thérapeutique, en effet, est surtout efficace à la première apparition des troubles mentaux, alors que les manifestations délirantes sont l'expression de simples troubles de la circulation ou de l'innervation et que des lésions organiques irrémédiables n'ont pas eu le temps de se produire ; au contraire, toute intervention reste, d'ordinaire, sans effet lorsqu'on se trouve en présence de sujets dont la maladie remonte à plusieurs années et chez qui ont pu s'établir des lésions anatomiques vis-à-vis desquelles on est désarmé.

Pour réaliser ces internements précoces, il faut réagir contre les préjugés qui éloignent les malades des asiles et répandre dans le public, faire connaître aux autorités les dangers qui résultent du séjour des aliénés en liberté et les avantages qu'il y a à les faire traiter aussitôt qu'on le peut. Il est bon de montrer qu'au point de vue financier on réalise même une économie en traitant un malade dès l'apparition des troubles mentaux et en le guérissant, tandis qu'on crée une somme de dépenses pour l'avenir en ajournant son placement et en attendant qu'il soit devenu incurable. En dehors de cette considération, l'économie est encore importante par ce fait que l'aliéné séquestré ne procrée pas, tandis que, laissé en liberté, il se charge d'assurer le repeuplement des asiles (1).

(1) La population féminine de l'asile compte un nombre relativement élevé de filles-mères qui, atteintes de débilité mentale accentuée ou même d'imbécillité compliquée ou non de troubles mentaux, ont pu longtemps au dehors, sans qu'on ait jamais songé à les interner pour ce motif, satisfaire à leur gré leurs instincts génésiques. De même, il n'est pas rare de voir conduire à l'asile des femmes mariées, mères de plusieurs enfants, nés posté-

La conviction faite sur la nécessité des séquestrations précoces, il nous reste à examiner les moyens de les faciliter. Le grand obstacle est le paiement des frais de pension dans les départements pauvres, surtout dans certaines communes rurales dont le budget est extrêmement réduit ; aussi observe-t-on de grandes inégalités pour l'assistance des aliénés selon les régions et, dans le même département, selon les communes. L'inégalité n'existe pas seulement pour les placements, elle existe aussi pour les dépenses du traitement (1).

Pour obvier à ces inconvénients, il y aurait peut-être un moyen : ce serait de mettre à la charge de l'État les frais d'entretien de tous les aliénés. L'État solderait les dépenses à l'aide d'un impôt payé par toutes les communes, proportionnellement à leurs ressources, qu'elles aient ou non des aliénés ; il assurerait ainsi une assistance et un traitement égal aux aliénés des pays déshérités, comme à ceux des régions plus favorisées.

rieurement à l'apparition de leurs troubles psychiques. C'est ainsi que la nommée C..., atteinte de folie au moment de son mariage, a donné naissance à six enfants dont l'un est idiot et un autre a déjà eu un accès d'aliénation. Cette malade, il y a quelques années, avait mis le feu à un gerbier ; mais comme celui-ci lui appartenait, elle ne fut pas inquiétée ; on ne se décida à l'interner, que le jour où elle se livra sur ses voisins à des actes de violence graves.

(1) Le prix de journée dans certains asiles de la Seine atteint 2 fr. 90 ; pour quelques asiles de province, il ne dépasse pas 0 fr. 60 ou 0 fr. 70, c'est-à-dire qu'il représente à peu près l'équivalent du pécule journalier que touchent certains malades de la Seine. Même, en ce qui concerne les malades de ce département, que d'inégalités à relever ! Pour certains, on dépasse 2 fr. 90 par jour ; d'autres, au contraire, sont placés en province à 1 fr. 10 ou 1 fr. 15. Les conditions matérielles de l'existence sont sans doute plus avantageuses en province, mais l'écart n'est pas tel qu'il soit possible de les y traiter aussi bien avec 1 fr. 10 qu'avec 2 fr. 90 à Paris. Aussi ne doit-on pas apprécier le mérite d'un administrateur d'après la belle tenue ou le régime de l'établissement qu'il dirige : « La belle merveille, comme dit Harpagon, de faire bonne chère avec bien de l'argent », mais d'après les résultats auxquels il arrive par rapport aux ressources dont il dispose.

Une autre mesure faciliterait l'internement des aliénés ; elle consisterait à simplifier les formalités administratives qui précèdent et retardent parfois l'admission des aliénés indigents. Pour prononcer un placement d'office dans un certain nombre de départements (1), l'administration exige souvent, en outre du certificat médical, un procès-verbal d'enquête établissant que l'aliéné est dangereux, un relevé des impositions constatant l'indigence, un extrait des délibérations du conseil municipal de la commune indiquant que cette dernière s'engage à payer la quote part des frais de séjour du malade à l'asile qui lui incombe. Dans une ville on réunit assez rapidement ces pièces ; à la campagne il en est autrement, certains maires sont peu lettrés, ignorent quelles sont les pièces à fournir ou ne se les rappellent pas, font prendre des renseignements par divers intermédiaires, tergiversent et pendant ce temps l'aliéné, souvent abandonné à lui-même, reste exposé à commettre des méfaits. Ne pourrait-on pas autoriser l'admission provisoire de tout aliéné sur la seule présentation d'un certificat médical, sauf à ne prononcer l'admission définitive qu'après qu'on aurait procédé à toutes les enquêtes et examens jugés utiles ?

Si l'on trouve des inconvénients, que nous n'entrevoyons pas personnellement, à trop faciliter les placements d'office, on devrait tout au moins étendre à la province une mesure en vigueur dans la Seine qui permet d'assurer à tout aliéné une prompte assistance, nous voulons parler des placements volontaires gratuits.

Les mesures préventives pourront diminuer le nombre des crimes commis par les aliénés, elles ne les suppri-

(1) Voir à ce sujet : Camuset, in *Comptes rendus du Congrès de Lyon*, p. 269 et suivantes.

meront jamais entièrement ; il nous reste par suite à examiner celles qu'il y aurait lieu de prendre à l'égard des aliénés dits criminels pour prévenir la récidive. Ces mesures sont de deux ordres : les unes devront assurer l'internement de ces malades, les autres concernent les conditions dans lesquelles il convient qu'ils soient internés.

Tout individu qui, à raison de son état mental, bénéficie d'un acquittement, à la suite d'un crime commis, doit, comme corollaire, la société ayant le droit et le devoir de se protéger, n'échapper à la prison que pour être interné dans un asile. C'est ce qui se passe habituellement ; l'autorité judiciaire provoque de la part de l'autorité administrative un arrêté de placement ; seulement cette mesure n'est pas obligatoire, il existe à ce point de vue dans la loi une lacune (1) qu'il conviendrait de combler.

Il serait bon aussi qu'une fois entré à l'asile, l'aliéné dit criminel ne pût en sortir que lorsque sa guérison aurait été constatée par un certain nombre de médecins ayant à leur disposition son dossier complet. Encore serait-il prudent, tout au moins pour les criminels d'habitude, d'exiger après cette constatation, à titre d'épreuve, une prolongation de séjour permettant de juger si la guérison est stable ou non. La durée de l'internement d'épreuve pourrait être fixée par une commission de magistrats et de médecins ; elle devrait être basée, non sur la gravité des crimes ou délits, mais sur l'importance des tendances nocives manifestées, ainsi que sur la nature de l'affection mentale.

Il nous reste à présent à examiner le mode d'internement à appliquer à l'aliéné dit criminel : convient-il de

(1) Voir : Ballet. Des mesures législatives contre lesdits délinquants « irresponsables ». In *Ann. méd.-psych.*, sept.-oct. 1895.

le traiter avec des aliénés ordinaires, ou faut-il créer pour lui des asiles spéciaux? Cette question a fait l'objet de nombreuses controverses et on est loin d'être d'accord à ce sujet. Pour nous, ce désaccord tient à ce qu'on n'a pas assez tenu compte des différents éléments du problème ; on s'est trop attaché à la recherche d'une solution générale. Avant de se prononcer, il fallait d'abord examiner quelle était la composition de ce groupe hétérogène des aliénés dits criminels ; c'est ce que nous avons essayé de faire. Nous avons montré que dans ce groupe il y avait deux grandes catégories : les aliénés criminels d'occasion ou accidentels et les aliénés criminels d'habitude.

Les aliénés criminels d'occasion, les plus nombreux, ne sont ni plus ni moins dangereux que les aliénés ordinaires ; ils ne sont la plupart du temps devenus criminels que par suite du retard apporté à leur séquestration; des mesures exceptionnelles à leur égard seraient excessives, l'asile ordinaire leur convient et leur suffit.

Pour les aliénés criminels d'habitude, au contraire, foncièrement dangereux, une surveillance plus rigoureuse est nécessaire et cette surveillance s'exercera toujours plus facilement dans un établissement spécial, construit dans ce but, avec un personnel qui ne tardera pas à apprendre par expérience qu'il doit sans cesse se tenir sur ses gardes, que dans un asile ordinaire où la facilité avec laquelle on dirige une certaine partie des malades endort trop souvent la méfiance des gardiens. Il y a, en outre, des mesures extraordinaires de précaution qu'il est nécessaire de prendre à l'égard des aliénés criminels d'habitude, et qu'on serait malvenu à appliquer à des aliénés ordinaires.

On objectera sans doute à notre proposition la difficulté qu'il y aura parfois à classer un aliéné dit criminel

dans le second groupe plutôt que dans le premier ; à côté de cas très nets, on trouvera des cas douteux où il sera difficile de se prononcer ; mais, alors même qu'une erreur viendrait à se produire, il sera toujours possible de la réparer. Les inconvénients minimes qui pourraient résulter de notre système nous paraissent largement compensés par les avantages qu'il présente au point de vue de la préservation sociale.

Revue critique.

—

DU

DÉLIRE PSYCHIQUE POST-OPÉRATOIRE

Par le Dr Lucien PICQUÉ (1)

Chirurgien des hôpitaux de Paris.
Chirurgien en chef des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

I. — Messieurs, chargé depuis de longues années d'un service chirurgical dans les établissements d'aliénés du département, j'ai pu étudier à l'aise une série de questions touchant les rapports de l'aliénation mentale avec la chirurgie.

Je m'étais jusqu'alors abstenu de toute publication d'ensemble, ne voulant formuler d'opinion sur ces délicates questions, sans pouvoir l'appuyer sur une observation suffisamment prolongée.

Je m'étais borné jusqu'à l'heure actuelle à amasser des documents, aujourd'hui nombreux et importants, et j'aurais probablement attendu quelque temps encore, si le Congrès des médecins aliénistes qui doit tenir sa prochaine session à Angers, n'avait mis à l'ordre du jour, sur la demande de son président le Dr Ritti, une des questions dont j'ai eu à m'occuper spécialement : « Les délires psychiques post-opératoires. »

Je crois donc le moment opportun pour la Société de Chirurgie, d'étudier cette importante question. Je pense qu'elle ne peut se désintéresser de la solution d'un problème, qui a soulevé, depuis quelques années, tant de controverses et donné lieu à tant de travaux.

(1) Communication faite à la séance du 1er mars 1898 de la *Société de chirurgie.*

Je vous demande donc la permission d'exposer devant vous mon opinion sur ce sujet, qui constitue l'un des chapitres d'une étude beaucoup plus générale que j'ai entreprise avec le concours de mon collègue et ami M. Briand, médecin en chef des asiles, sur les rapports de la chirurgie avec l'aliénation mentale.

II. — La question des délires post-opératoires, connue depuis le commencement du siècle, semble avoir surtout préoccupé les esprits depuis une quinzaine d'années.

Née en France avec Dupuytren, qui décrivit le premier, en 1819, le délire nerveux; rajeunie et transformée depuis Courty, qui, en 1865, paraît avoir publié le premier cas de manie aiguë à la suite de l'ovariotomie, cette question provoqua depuis, surtout à l'étranger, une quantité considérable de mémoires, et souleva dans les sociétés savantes d'importantes discussions.

L'historique de ces travaux a été fait à diverses reprises dans des thèses récentes, parmi lesquelles je vous signalerai surtout celle de Denis, élève de Mairet (Montpellier, 1889), celle de Musin (Lille, 1895), et de Seeligmann (Nancy, 1896).

Je ne veux donc pas abuser de votre attention en repassant devant vous la liste innombrable de ces travaux, et je me bornerai à vous signaler simplement les étapes les plus importantes de la question.

Un premier point doit frapper tout d'abord, c'est l'intérêt que la question semble avoir surtout inspiré aux médecins, aux aliénistes, dont l'effort semble avoir eu pour objet de mettre en relief les délires consécutifs aux opérations gynécologiques.

Dès 1875, Barwell souleva au sein de la Société clinique de Londres, à propos d'un cas de manie aiguë consécutive à une ovariotomie, une discussion à laquelle prenaient part Lawson Tait et Edith.

Dix ans après, le même auteur provoquait, à l'occasion d'un cas analogue, à la Société pathologique de Londres, une nouvelle discussion dans laquelle Torton présentait deux cas de délire consécutif à une ovariotomie et à une hystériotomie.

D'autres auteurs, Keth, Dent, Meredith, Bristowe et Lawson, signalèrent également des cas analogues.

En 1889, Dent publie un travail intéressant sur lequel j'aurai à revenir.

En Allemagne, des faits nouveaux sont signalés.

Dès 1880, Herm Lossen et Furstner, de Strasbourg, signalent la manie après l'hystérectomie. En 1887, à la Société gynécologique de Berlin, Graub soulève une discussion qui amène la publication de cas intéressants.

En 1888, au Congrès de Halle, Werth (de Kiel) publie une statistique de trois cents opérations avec six cas de folie. Dans le même Congrès, de nombreux faits viennent s'ajouter à la statistique de Werth. En 1892, Levinstein et Ostermayer publient encore des cas nouveaux.

L'Amérique ne reste pas indifférente à ce mouvement d'idées.

Dès le mois de mai 1887, Gaillard Thomas publie, dans le *Medical New*, un travail, traduit en 1889 par Dufournier, dans les *Archives de médecine*. Ce mémoire, discuté à la Société de médecine de New-York, le 4 avril 1889, fournissait trente-huit cas de troubles mentaux post-opératoires. D'ailleurs, en 1887, Edwards J. III, de New-York, publiait également dix cas de manie aiguë consécutive à des opérations gynécologiques. Je signalerai enfin les travaux de Gray (de New-York), et d'Eder (de Boston), sur le même sujet.

En France, l'étude de ces délires semble n'avoir sérieusement attiré l'attention des médecins que depuis l'année 1889.

Mairet (de Montpellier) et son élève Denis publient sur la question des études intéressantes. Le travail de Mairet porte spécialement sur l'influence des maladies de l'utérus et des annexes dans la production des folies sympathiques. Il date de 1880 (*Montpellier Médical*).

En 1889, Polaillon publie un cas dans l'*Union Médicale;* Ledeutu, dans une leçon clinique, Vène, son élève, dans sa thèse, en 1891, étudient certains points intéressants. Pozzi, en 1890, dans la *Gazette Médicale*, Régis, en 1893, dans les *Archives d'Obstétrique*, signalent de nouveaux faits.

Enfin, dans leurs thèses, Musin (Lille, 1895), Seeligmann (Naucy, 1896), reprennent tour à tour la question.

Messieurs, en esquissant devant vous, et d'une façon

d'ailleurs très incomplète, l'historique de la question, j'ai tenu à vous rappeler surtout l'importance que cette dernière avait prise dans ces dernières années, particulièrement à l'étranger.

J'ai lu avec soin les travaux que je vous ai cités, et je me suis spécialement attaché à l'étude des observations publiées.

Or, je n'hésite pas à le dire, dès le début de mon exposé, ces observations manquent le plus souvent de rigueur scientifique, les mémoires semblent plutôt écrits par des psychologues que par des médecins, et parfois dans un esprit de justice et de sincérité contestable. Certains d'entre eux semblent constituer des plaidoyers contre l'extension croissante de la chirurgie.

Quoi qu'il en soit, les conclusions s'appuient sur des documents souvent insuffisants et qui laissent trop de place à la critique.

J'indiquerai plus loin la méthode à suivre pour éviter, dorénavant, des lacunes regrettables.

Je dois encore signaler deux points qui m'ont vivement frappé dans la lecture de ces travaux.

Tout d'abord, c'est, ainsi que je le disais plus haut, l'importance donnée aux opérations gynécologiques, dans la genèse de ces délires, et nous retrouvons cette préoccupation dans la thèse de Seeligmann, inspirée par Weiss.

Je me propose de discuter ailleurs cette opinion, en montrant ce qu'il y a d'abusif à l'étayer sur des statistiques.

En deuxième lieu, tous les auteurs, sans exception, semblent résumer la question des rapports de la chirurgie et de la folie, à la simple production des délires post-opératoires. Je m'appliquerai également, dans une autre communication, à démontrer que cette question est plus importante et plus complexe.

Quelques chirurgiens envisagent, de leur côté, la question à un point de vue encore plus étroit.

Reprenant la conception de Dupuytren sur le délire nerveux, ils se sont appliqués, les uns à y ranger le délire alcoolique, les autres à l'en séparer ; la plupart du temps, ils n'ont eu en vue que les délires précoces et temporaires, et ont laissé de côté les formes peut-être les plus intéressantes du délire post-opératoire.

Dès lors, on voit, d'une part, les psychologues et les médecins tendre, avec plus ou moins de parti pris, à aggraver la responsabilité de l'acte opératoire, dans la production des divers délires ; d'autre part, les gynécologistes admettent une relation étroite, et à mon sens abusive, entre les psychoses et les opérations qui portent sur la sphère génitale ; enfin on voit les chirurgiens généraux, peu nombreux d'ailleurs, que cette question a intéressés, borner leur étude aux délires qui suivent de près l'intervention chirurgicale, et constituer un groupe trop restreint, à mon sens, de psychoses post-opératoires, en éloignant des formes intéressantes, que nous indiquerons plus loin.

Il y a, à mon sens, exagération de part et d'autre.

Pour trancher, selon moi, cette question si importante des délires post-opératoires, il faut tout d'abord l'envisager avec un grand esprit d'indépendance, avoir la pratique étendue d'un chirurgien d'hôpital, qui ne reste pas confiné dans telle ou telle branche de la thérapeutique chirurgicale, enfin et surtout, se trouver dans une situation qui permette de suivre les malades pendant de longues années.

Mes fonctions de chirurgien des asiles d'aliénés m'ont permis justement d'observer un grand nombre de malades opérés dans les hôpitaux ou ailleurs.

J'en ai moi-même opéré un certain nombre dans des conditions spéciales et très restreintes d'ailleurs, où la chirurgie des aliénés me paraît autorisée, et que j'ai exposées dans un rapport adressé, il y a quelques années, à M. le Préfet de la Seine.

J'ai donc pu suivre, pendant bien longtemps, les opérés de mes collègues et les miens.

C'est là, dans ce milieu spécial des asiles, que j'ai pu recueillir les éléments les plus importants de cette étude.

III. — Sous la dénomination générale de délire post-opératoire, on doit désigner tout trouble intellectuel qui peut survenir à la suite d'une opération, quelle que soit la forme où l'origine réelle de ce trouble psychique.

Cette définition nous permet d'étudier successivement toutes les variétés de délire qu'on est susceptible de rencontrer à la suite des opérations ; celles qui peuvent,

à bon droit, dépendre de l'intervention, et celles qui ont été considérées abusivement comme la conséquence de l'acte opératoire.

Le problème à résoudre est en effet des plus complexes. Il ne suffit pas, on le comprend, qu'un délire survienne à la suite d'une opération pour rendre cette dernière responsable, et lui donner, comme beaucoup d'anteurs, l'épithète de post-opératoire, et si j'insiste devant vous sur ce point si simple en apparence, c'est que bien des auteurs ne semblent pas avoir compris la question d'une autre façon.

Pour éviter l'erreur où ils sont tombés, pour la plupart, il convient d'admettre *a priori*, qu'il peut exister diverses causes susceptibles d'engendrer le délire après une opération, et qu'il faut les rechercher avec soin pour établir équitablement le rapport qui existe entre le délire et l'acte opératoire, c'est-à-dire la part de responsabilité qui incombe à ce dernier dans la production du délire.

On se trouve, par cela même, amené à envisager à côté de l'acte opératoire lui-même des faits contingents, mais réellement indépendants de lui et qui peuvent le produire.

Ces faits peuvent eux-mêmes être antérieurs, contemporains, ou postérieurs à l'acte opératoire.

Les faits antérieurs nous sont fournis par le maladê lui-même : c'est son état antérieur qui peut être le point de départ de la psychose, que cette psychose soit absolument indépendante de l'opération et soit survenue par hasard, soit qu'elle ait été réveillée par l'intervention elle-même.

Mais à côté de ces psychoses, que nous pouvons appeler médicales et dont le type nous est fourni par le délire brightique, nous devons envisager celles qui dépendent des faits contemporains ou postérieurs à l'acte opératoire.

Parmi les faits contemporains de l'opération qui peuvent amener la psychose, citons l'anesthésie chloroformique et l'intoxication iodoformique.

Parmi ceux qui lui sont postérieurs, nous devons surtout signaler la septicémie qui parfois entraîne un délire qui a été, avec trop de complaisance peut-être, rangé souvent parmi les délires post-opératoires vrais.

J'en citerai plus loin un exemple curieux parmi tous ceux qu'il m'a été donné d'observer.

L'investigation clinique, si nécessaire, on le comprend, pour différencier ces divers groupes, devra toujours être aidée et complétée par l'étude séméiologique du délire lui-même, étude si négligée dans la plupart des observations et pourtant si nécessaire, tant sont variables les formes cliniques du délire, selon la cause qui lui a donné naissance.

En présence d'un délire, il faudra dès lors répondre par l'examen clinique aux deux questions suivantes :

1° Pourquoi le malade délire-t-il ?

2° Comment délire-t-il ?

Il faudra aussi, dans les observations à venir, spécifier la nature de l'opération pratiquée, indiquer avec précision l'état antérieur du malade, noter exactement la forme du délire, indiquer l'existence de la fièvre, particularités souvent omises par les auteurs.

Ce n'est cependant qu'à cette condition qu'une observation peut acquérir l'importance d'un document scientifique, et ce n'est qu'après avoir, dans chaque cas déterminé, suivi cette méthode d'étude, que l'on peut être autorisé à discuter l'existence et à étudier la forme du délire psychique post-opératoire.

IV. — *Causes et formes du délire post-opératoire.* — Un malade délire après une opération. Pourquoi délire-t-il ? Nous avons, en nous appuyant sur les considérations précédentes, à envisager successivement les causes possibles de son délire.

Sous ce rapport, nous devons étudier, comme il a été dit plus haut :

1° Les causes d'origine médicale, dépendant d'une affection antérieure du malade (les centres nerveux exceptés) ;

2° Le délire toxique dont le type nous est fourni par le délire alcoolique. Ce délire, justement séparé du délire nerveux par Dupuytren, avait été, depuis et à tort, assimilé à lui par Billroth, Verneuil, Broca et son élève Festal.

3° Les délires par intoxication médicamenteuse (chloroforme et iodoforme) ;

4° Les délires dus à une intoxication septicémique.

Ces diverses formes sont toutes des délires d'intoxication ; dans une étude didactique du délire, et conformément aux règles de la nosologie, il y aurait peut-être avantage à les grouper en une seule variété pour les opposer à d'antres, pouvant dépendre de causes différentes.

Il m'a parn nécessaire de procéder différemment ici pour faciliter l'étude spéciale de la forme suivante : nous pourrons les désigner d'ailleurs sous le nom de faux délires post-opératoires.

5° Au contraire des formes précédentes, nous devons placer ici le délire psychique proprement dit, dénomination peut-être vicieuse et qu'on pourrait remplacer avec avantage par celle de psychose post-opératoire véritable, si tant est qu'elle existe; mais son existence ne saurait être mise en donte, comme nous le montrerons plus loin.

Caractères cliniques. — Laissant de côté les délires d'origine médicale, nous pouvons dire que les diverses variétés dn délire d'intoxication on faux délires post-opératoires sont faciles à reconnaître : leur diagnostic d'ailleurs est important à faire pour éviter des surprises regrettables.

Ce sont on des états transitoires d'excitation on plus rarement de dépression dont nous ne pouvons indiquer ici, sans sortir du cadre que nous nous sommes imposé, les modalités cliniques d'ailleurs bien connues.

Qu'il me suffise de dire que tantôt le délire qui en est l'expression est parfois systématisé, comme dans le délire alcoolique ; tantôt,au contraire, il affecte les formes maniaques dans lesquelles les idées du malade sont incohérentes et confuses.

C'est l'état qui, joint à la fièvre, caractérise surtout les septicémies chirurgicales.

On s'étonne que les observateurs aient souvent confondn les délires septicémiques avec les vésanies vraies.

Nous trouvons trois erreurs de ce genre dans le travrail de Dent.

Je relève dans mes notes le cas suivant que je vous demande la permission de résumer.

Je fus un jonr appelé, dans un asile où il avait été interné, près d'nn malade atteint d'une affection du

genou et qui avait tenté de se suicider en se jetant par la fenêtre de l'hôpital où il était en traitement.

A mon arrivée, je constatai l'existence d'une arthrite suppurée du genou, avec destruction profonde des surfaces articulaires. La température était de 40°,5. Son délire était bien de nature infectieuse : il guérit d'une façon définitive grâce à une amputation de cuisse, et ce malade, guéri depuis bien des années, est venu récemment me remercier encore de lui avoir fait quitter l'asile où il avait été interné.

On voit combien ce diagnostic est important à préciser pour éviter de lourdes responsabilités.

Des délires par *intoxication médicamenteuse*, celui qui est produit par l'iodoforme semble aujourd'hui établi, bien que son importance ait été peut-être un peu exagérée, comme le fait remarquer Le Dentu.

Il n'en est pas de même du délire chloroformique. Savage, dans son article du *British médical Journal*, a essayé d'établir l'existence de ce délire en s'appuyant sur un certain nombre de cas qui ne sont peut-être pas suffisamment probants. Mairet conseille lui-même de s'abstenir des anesthésiques le plus souvent possible ; mais, depuis, la plupart des auteurs qui ont écrit encore sur la question, sont unanimes à la rejeter.

Je n'ai pas d'observation à vous présenter à cet égard; mais en mettant de côté cette obnubilation mentale qui, chez certains malades, persiste pendant quelques heures après le réveil, il doit être bien difficile de séparer du délire qu'il nous reste à examiner, pour rattacher à l'action du chloroforme, les états délirants qui se produisent après l'acte opératoire. A mon sens, le délire doit rester hypothétique tant que de nouvelles observations ne viendront pas affirmer son existence indépendante.

Nous sommes arrivés par voie d'élimination aux psychoses traumatiques vraies. Il est évident qu'en dehors des variétés de délire précédemment envisagées, il en existe une, qui ne relève d'aucune des causes que nous avons envisagées et qui survient sans fièvre chez des sujets qui ne sont ni des malades ni des intoxiqués.

Nous retrouvons encore les états d'excitation qui caractérisaient les formes précédentes, et c'est cette

quasi similitude de symptômes qui justifie l'étude des origines diverses du délire sur laquelle nous avons insisté plus haut.

Mais nous trouvons, d'autre part, des états dépressifs qui lui sont propres et qui, contrairement aux précédents, semblent porter plus facilement à la chronicité.

Les états d'excitation de la psychose vraie sont caractérisés surtout par des formes maniaques avec ou sans délire.

Ils peuvent être engendrés par toutes les opérations chirurgicales, et j'attire l'attention sur ce fait que les plus simples peuvent la produire.

Je me rappelle un cas de tumeur bénigne du sein, opérée par M. Richet. Le premier jour éclatait un accès de manie aiguë qui ne dura que quelques jours.

Je ne crois pas, d'autre part, quoique tous les auteurs y aient insisté, entre autres Dent et, tout récemment, Le Dentu et Seeligmann, sous l'inspiration de Weiss, de Nancy, que les opérations gynécologiques y prédisposent.

Dans une autre communication, je me propose d'étudier cette question avec soin, et de vous montrer les raisons qui ont pu tromper un certain nombre d'auteurs distingués.

Quoi qu'il en soit, l'opération elle-même engendre-t-elle ce délire? Y a-t-il véritablement une folie sympathique produite directement par l'acte opératoire, comme Dent l'admet, par exemple.

Discuter ce point serait manifestement sortir des limites de notre compétence et empiéter sur le domaine de l'aliénation mentale.

Qu'il me suffise de signaler la fréquence de ce délire chez les enfants et les vieillards (cas de M. Richet), chez les hystériques, où il est si fréquent, et surtout chez les malades atteints de prédisposition héréditaire.

En dehors des trois premières catégories (sénilité, hystérie, enfance), les malades sont-ils ou non des prédisposés héréditaires? C'est là, je le répète, un problème délicat de pathogénie, qu'il ne nous appartient pas d'aborder, mais dont la solution nous importe peu, d'ailleurs, car toutes ces catégories doivent rentrer dans le cadre des psychoses vraies.

Le moment d'apparition de ces états d'excitation est enfin intéressant à signaler.

C'est généralement dans les premiers jours qui suivent l'opération, du 2e au 5e jour ordinairement, parfois mais rarement vers la 3e semaine (Le Dentu). C'est à cette rapidité d'apparition qu'elle doit d'être surtout connue des chirurgiens.

Nous verrons qu'il n'en est plus de même pour d'autres formes qui peuvent survenir, un temps plus ou moins long après la guérison du malade.

Quoi qu'il en soit, cette forme disparaît aussi vite qu'elle a apparu; exceptionnellement, elle passe à l'état chronique et nous l'observons alors dans les asiles ; elle est d'ailleurs encore susceptible de guérir.

Les états dépressifs, c'est-à-dire les formes mélancoliques ou anxieuses, s'observent assez fréquemment dans la pratique.

Sans revenir sur ce que j'ai dit précédemment de la pathogénie, c'est surtout chez les héréditaires ou les prédisposés qu'on la rencontre. Contrairement aux états d'excitation, on ne l'observe généralement qu'à la suite de certaines opérations que nous pourrions qualifier de déprimantes.

Fréquentes à la suite des amputations, de la castration ou d'opération de varicocèle ayant entraîné l'atrophie du testicule, fréquentes encore à la suite de la taille hypogastrique, comme je l'ai déjà signalé devant vous, dans un rapport fait sur une observation de Rollet, de Lyon, et aussi après l'établissement d'anus contre nature.

Je vous demande la permission de vous lire la note déjà ancienne que je retrouve dans mon dossier et qui est relative à trois cas observés dans les asiles :

J'ai eu bien souvent l'occasion de voir, chez des malades opérés, des crises de mélancolie anxieuse qui nécessitaient leur internement.

Dans un cas, il s'agissait d'une malade qui était venue à l'hôpital avec des accidents d'étranglement herniaire. L'opération avait été pratiquée de suite ; malheureusement l'intestin était sphacélé et un anus contre nature avait été établi. Peu de temps après, cette malade était prise d'un accès de mélancolie anxieuse avec tendance au

suicide. Envoyée à Sainte-Anne, puis de là à Ville-Evrard où je la retrouvai dans le service de mon collègue et ami le Dr Febvré. L'écoulement de matières était très abondant, et cette pauvre femme accusait par moment un véritable désespoir et parlait constamment de ses projets de suicide. Je priai mon cher collègue des hôpitaux, Chaput, de venir la voir et de tenter une opération. Après une première tentative infructueuse, il réussit à la guérir définitivement. Dès ce jour, son état moral s'améliora rapidement et elle put, au bout de quelques semaines, quitter l'asile complètement guérie.

Je tiens à bien spécifier qu'il s'agissait d'une névropathe avec antécédents héréditaires. J'ai eu, en effet, bien souvent l'occasion, selon une pratique aujourd'hui admise, d'établir un anus contre nature, comme premier temps de l'opération de Kraske : à l'hôpital, les malades vous échappent et ne reviennent plus ; mais, en ville, j'ai eu l'occasion d'en suivre quelques-uns ; je n'ai jamais constaté semblable psychose ; il y a, dans ce dernier cas, un facteur qu'il ne faut pas négliger. J'ai cité récemment, à la Société de chirurgie, l'histoire d'un malade chez lequel une cystotomie sus-pubienne, pratiquée à l'hôpital, avait produit un état semblable qui l'avait amené à Ville-Evrard, dans le service de M. Marandon. La guérison de la fistule amena le même résultat que précédemment et le malade put quitter l'asile complètement guéri.

Cet état de mélancolie se voit parfois chez des malades dans d'autres circonstances ; c'est ainsi que j'ai eu l'occasion d'observer, à l'asile de Vaucluse, un pauvre homme qui avait subi, dans un grand hôpital de Paris, une résection de l'épaule, probablement pour une scapulalgie tuberculeuse ; il persistait, en effet, plusieurs mois après l'opération, des trajets fistuleux qui fournissaient une quantité notable de pus et dont l'existence était, pour le malade, la cause d'un réel chagrin.

Mais, de plus, cet homme présentait une double cataracte qui le privait absolument de toute vie sociale. Il était tombé dans un état de mélancolie anxieuse qui l'avait conduit à l'asile.

Chaque fois que j'allais dans son quartier, il me sup-

pliait de lui rendre la vue ; j'avoue que l'iridodonésis qui accompagnait la cataracte ne m'engageait guère à intervenir. Comme je lui faisais part, un jour, de mes inquiétudes, au sujet du résultat opératoire, il me répondit simplement : « Qu'ai-je à perdre ! puisque je suis totalement aveugle. Essayez au moins. » Cette parole me décida et le résultat fut excellent.

Je n'ai jamais vu homme plus heureux et plus reconnaissant ; pendant ce temps, les fistules avaient guéri définitivement.

L'état mélancolique prit fin ; le malade quitta l'asile guéri.

J'ai dit plus haut que, le plus souvent, les malades étaient des prédisposés héréditaires. Il est certain que cette prédisposition devient évidente quand il n'y a plus corrélation entre l'état moral du malade et l'importance de la lésion.

Dans un cas remarquable qui m'a été communiqué par mon collègue et ami, M. Dagonet, il s'agissait d'un malade atteint d'une fracture des deux os de la jambe gauche, et chez lequel la persistance d'un cal volumineux fit naître un délire mélancolique chronique qui amena le malade à Sainte-Anne et dura trente ans, jusqu'à sa mort.

Chez ce pauvre homme, il existait d'ailleurs des antécédents héréditaires très marqués.

Ces états dépressifs surviennent parfois peu de jours après l'opération ; le plus souvent, ils ne se montrent que tardivement, alors que le malade a été perdu de vue. Nous les retrouvons à l'asile, plus fréquemment que ne le pense Seeligmann, qui paraît n'en avoir jamais obtenu à Maréville ; mais si le délire prend souvent la forme chronique, il est juste de remarquer qu'il est susceptible de guérison. C'est là une donnée qui ne doit pas nous échapper et qui constitue un des chapitres importants du traitement chirurgical de l'aliénation mentale. J'y reviendrai dans une autre communication.

Ces états dépressifs s'accompagnent souvent de tendance au suicide : les malades doivent être attentivement surveillés. A ce point de vue, j'ai vu une malade âgée, se suicider à la suite d'une amputation du bras nécessitée par une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude,

qui lui rendait d'ailleurs la vie insupportable, et qui l'aurait peut-être menée à la même extrémité.

A côté de ces états d'excitation et de dépression, il existe une forme spéciale de délire d'une importance capitale et qui ne s'observe que dans une catégorie toute particulière de malades. Ce sont des aliénés anciens, souvent redoutables, atteints de cette forme particulière de folie désignée sous le nom de folie morale, et qui ne sont pas internés par ce fait que leur délire paraît logique et qu'ils raisonnent fort bien. Ce sont les persécutés persécuteurs que les chirurgiens doivent connaître et reconnaître pour ne jamais pratiquer chez eux que la chirurgie d'urgence.

En effet, leur maladie d'abord, leur opération ensuite, deviennent un aliment nouveau à leur délire; ils y concentrent toutes leurs pensées; la moindre sensibilité de cicatrice devient pour eux l'occasion de délires graves qui les amènent à l'asile. L'opération n'a constitué qu'un épisode dans leur histoire pathologique. J'ai pu observer, dans les asiles, un certain nombre de malades de cette catégorie, parmi lesquels plusieurs cas de varicocèle.

Ces malades, trop peu connus des chirurgiens, sont cependant bien intéressants, car leur étude constitue une source d'indications et de contre-indications opératoires, souvent, je le reconnais, fort délicates à établir. En tout cas, il ne faudrait pas conclure, comme certains auteurs, et en particulier, Seeligmann dans sa thèse, qu'il ne faut opérer ni les aliénés, ni les prédisposés; car à côté de ceux qu'il ne faut jamais opérer, il en est d'autres, qui ne guérissent complètement que par l'intervention chirurgicale, et c'est ce point très important à connaître qui fera, de ma part, l'objet d'une communication ultérieure.

D'après l'exposé qui précède, vous avez pu voir combien la question des délires post-opératoires, même débarrassée des faux délires qu'on a trop souvent confondus avec eux, se trouve élargie cependant par la connaissance des formes prolongées qui persistent après la guérison opératoire et par l'adjonction des formes tardives qui se développent plus ou moins longtemps après cette guérison.

Vous avez pu voir, d'autre part, qu'il existe des formes spéciales qui se présentent chez des aliénés véritables et dont il serait injuste de rendre la chirurgie responsable.

Bien des points de cette étude sont restés incomplets, n'ayant pu vous présenter d'observation sur toutes les variétés que j'ai eu à énumérer devant vous.

J'espère que vous voudrez bien combler cette lacune, en apportant ici l'appoint de votre expérience personnelle (1).

(1) Cette intéressante communication a été suivie d'une autre, faite par M. Picqué, en collaboration avec M. Marcel Briand et que nous publierons dans notre prochain numéro. Ces deux lectures ont donné lieu à une longue et importante discussion qui a occupé de nombreuses séances de la Société de chirurgie ; nous en donnons l'analyse ci-après (pp. 113 et suiv.). — N. D. L. R.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE SOLENNELLE DU 25 AVRIL 1898

Présidence de **M. MEURIOT.**

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Giraud s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. Leroy, nommé membre correspondant ;

3° Une lettre de M. Charon, médecin-adjoint de l'asile de Bailleul, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ritti, Taguet et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Etudes sur la lucidité et la démence ;* par M. Jules Dumaz, médecin-directeur de l'asile de Bassens ;

2° *Bulletin de la Ligue nationale contre l'alcoolisme,* numéro de mars, 1898 ;

3° L'*Intermédiaire des biologistes,* n° 9.

Rapport de la Commission du prix Aubanel.

M. Chaslin. — Messieurs, la Commission du prix Aubanel, composée de MM. Falret, Joffroy, Deny, Vallon et Chaslin, rapporteur, n'a eu qu'à examiner un seul mémoire sur la question posée, *les auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires.* Ce mémoire est de M. Régis, que nous connaissons tous, dont nous apprécions hautement les travaux. Aussi est-ce une bonne fortune pour la Société que M. Régis ait eu l'idée de concourir pour ce prix ; il a répondu par un travail

remarquable à la question posée ; il était, d'ailleurs, disposé de longue date à le faire, car vous n'avez pas oublié le rapport qu'il avait présenté en collaboration avec M. Chevalier-Lavaure au Congrès de la Rochelle.

Le présent mémoire se divise en neuf chapitres. Dans le premier, l'auteur résume l'état actuel de la science sur les auto-intoxications en général, le chimisme normal et pathologique, les sources de l'auto-intoxication, les méthodes de constatation, analyse chimique et procédés expérimentaux.

Le chapitre II, traite de l'histoire des auto-intoxications dans leurs rapports avec les délires. Cette histoire, M. Régis la divise en trois périodes, la première allant des leçons de Bouchard au Congrès de la Rochelle ; la deuxième renfermant les discussions et les résultats de ce Congrès ; enfin la troisième allant jusqu'à nos jours : tout cet historique détaillé est très intéressant, fort bien exposé, avec clarté et méthode. Avec le chapitre III, nous entrons dans le cœur du sujet. Les rapports des auto-intoxications avec les délires sont à envisager sous deux faces : 1° les délires par auto-intoxications primitives et secondaires ; et 2° les auto-intoxications qui viennent compliquer les délires. Les premiers sont liés soit à des auto-intoxications spéciales (gastro-intestinale, hépatique, rénale, cutanée, utéro-ovarienne, thyroïdienne, surrénale, etc.), soit à des auto-intoxications générales (diathèses, surmenage, inanition, traumatismes physiques ou moraux, opérations chirurgicales, périodes génitales et climatériques). Les seconds sont liés à des auto-intoxications secondaires aux infections et aux intoxications externes.

Lorsque l'auto-intoxication gastro-intestinale est chronique, elle peut coïncider avec un état « mélancolique » chronique ; M. Régis remarque avec prudence et raison qu'il n'est pas démontré que cet état soit la conséquence du trouble gastrique ; on peut aussi bien soutenir le contraire. Il n'en est pas de même pour l'auto-intoxication aiguë, car lorsqu'on traite directement celle-ci, le trouble mental disparaît ; et à l'appui, M. Régis nous donne deux observations personnelles des plus curieuses, dont une terminée par la mort. A propos des auto-intoxications d'origine hépatique, il admet une pseudo-paralysie

générale hépatique, comme aussi plus loin une pseudo-paralysie générale brightique ; d'ailleurs les psychoses brightiques, qui, comme toutes celles d'auto-intoxications, revêtent, pour M. Régis, la forme de la confusion mentale, ont pour caractère spécial surajonté de présenter une hébétude très grande, des hallucinations évidentes, de la panophobie, des attaques éclamptiques et hystériformes et des attitudes cataleptiques. M. Régis ne fait que mentionner les autres formes d'auto-intoxication, bien moins importantes que ces trois premières, système digestif, foie et rein ; et il examine, dans le chapitre VI, le rôle des auto-intoxications générales. Je rappelle, en passant, qu'il admet, avec MM. Mabille et Lallemant, une folie arthritique liée à l'excès d'acide urique.

A propos de l'inanition, il reproduit le rapport inédit du Dr Maire, sur les naufragés du Transatlantique « Ville-de-Saint-Nazaire ».

Pour les psychoses post-opératoires, il avance sans hésitation qu'en cherchant bien, on trouve toujours une auto-intoxication quelconque et, à l'appui, il donne des observations personnelles. Pour le traumatisme, son observation me paraît beaucoup moins démonstrative.

Le chapitre VII traite des délires consécutifs aux infections et intoxications externes. Malgré de nombreuses observations personnelles, c'est le chapitre le moins original, car la question est bien rebattue, sauf pourtant pour l'origine réelle du délire alcoolique. M. Régis, prudemment, s'il admet la possibilité d'une origine auto-toxique, ne la considère pas comme démontrée ; c'est une recherche à laquelle il est en train, pour sa part, de contribuer.

Les auto-intoxications dans les délires (chapitre VIII) sont intentionnellement effleurées, pour ne pas amplifier démesurément le mémoire. Lorsqu'elles se produisent, elles surajoutent au délire préexistant des symptômes caractéristiques ; cela est surtout net lors de l'intoxication brightique, comme le montre bien une observation de Cullerre rapportée par M. Régis. Pour M. Régis, la paralysie générale est d'origine toxique ou infectieuse ; il admet que les attaques convulsives de la méningo-encéphalite diffuse sont aussi

sous la dépendance d'une poussée d'auto-intoxication.

Le résumé général nous donne l'ensemble du mémoire en insistant particulièrement sur le côté clinique. Pour M. Régis, de tous les travaux sans exception qui ont paru sur la matière, il résulte que les psychoses des auto-intoxications ont une symptomatologie caractéristique, celle de la confusion mentale, avec signes somatiques et psychiques maintenant bien connus. Cette confusion mentale peut revêtir des formes diverses que M. Régis classe ainsi : confusion simple ou asthénique, confusion aiguë ou subaiguë, confusion avec stupeur ou stupidité, confusion suraiguë, méningitique, délire aigu ou typhomanie et, enfin, confusion pseudo-paralytique. M. Régis insiste beaucoup sur l'analogie du délire de cette confusion, délire de rêve ou *délire onirique* avec celui de l'alcoolisme, comme l'avait déjà fait Delasiauve. Mais vous savez que M. Régis étend beaucoup cette analogie, si bien qu'il est porté à faire du délire hystérique un délire d'auto-intoxication, pour le rappeler en passant. Ce délire des intoxications et auto-intoxications est un « rêve pathologique, somnambulique, une sorte d'état second, analogue à celui de l'hypnose ». Si bien qu'il a été possible, dans quelques cas, de mettre les malades en état d'hypnose. « Nous avons pu ainsi, dit M. Régis, endormir un homme qui n'avait jamais présenté le moindre symptôme d'hystérie. » Aussi M. Régis pense-t-il que très souvent, surtout dans la confusion subaiguë, on peut endormir les malades et faire reparaître le souvenir du délire qui était oublié à l'état de veille. L'auteur va même plus loin, car il admet que dans tous les états de confusion mentale, le délire onirique existe et, par suite, est la caractéristique des psychoses d'auto-intoxication, c'est-à-dire de la confusion mentale.

Telle est, Messieurs, dans ses grandes lignes, la remarquable réponse adressée à la question posée. Il faut l'avoir lue pour se rendre compte du travail considérable qu'elle a dû coûter à son auteur, pour se rendre compte de la clarté et de l'ampleur de l'exposition, de l'intérêt des observations personnelles si nombreuses qui y sont contenues. Est-ce à dire pourtant qu'elle ne soulève aucune critique et que votre Commission n'aurait

eu qu'à approuver, d'un bout à l'autre, les idées de l'auteur? Ni lui, ni vous ne voudriez le croire ; mais votre Commission a voulu se borner à la remarque générale que M. Régis étend peut-être trop le domaine de l'auto-intoxication aux dépens des autres causes, dont la part d'action n'est pas suffisamment discutée. Qu'importe? Ce mémoire si important et qui, une fois publié, sera si précieux pour les travailleurs, a été, à l'unanimité des membres de la Commission, jugé digne de vous être proposé pour recevoir le prix Aubanel.

La Commission avait une autre tâche à remplir, celle de vous proposer aussi une question pour le prix futur : la majorité de la Commission s'est arrêtée à la suivante : « Facteurs étiologiques de la paralysie générale ». La discussion qui s'est engagée à la Société sur ce point montre bien, croyons-nous, l'intérêt actuel de cette question.

Conformément aux conclusions de ce rapport, le prix Aubanel est décerné à M. E. Régis, et la question proposée pour le prochain concours — en 1900 — est la suivante : « Facteurs étiologiques de la paralysie générale. »

La séance est levée à 5 heures.

René Semelaigne.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine.

Année 1895.

I. — *Sur les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du « neurone » de Waldeyer ;* par M. Renaut (de Lyon) (séance du 6 mars). — L'auteur rappelle la définition du neurone d'après Waldeyer et la théorie nouvelle de la constitution des centres nerveux dont il a été le point de départ et par laquelle Ramon y Cajal soutient que, sans exception, les prolongements des neurones se terminent par des extrémités libres sans jamais s'anastomoser. M. Renaut pense que cette théorie est erronée.

En étudiant la rétine des vertébrés d'après la méthode d'Ehrlich (bleu de méthylène par injection artérielle ou veineuse), on constate des aspects qui échappent par la méthode de Golgi et qui semblent montrer que les prolongements protoplasmiques des cellules ramifiés à l'infini, forment de très fins réseaux anastomosés.

Les observations de M. Renaut lui font aussi accepter l'opinion de Dogiel, d'après laquelle il y a des neurones associés et continus par quelques-uns de leurs prolongements protoplasmiques. La doctrine des *terminaisons toujours libres* ne lui paraît donc pas exacte dans sa rigueur. Il termine sa note en faisant des réserves sur l'absolutisme de la conception du « neurone. »

II. — *Rapport sur un mémoire du Dr Régis concernant la paralysie juvénile d'origine syphilitique ;* par le professeur A. Fournier (séance du 14 mai). — Il s'agit de deux adolescents qui, dès l'âge de quatorze ans, ont inauguré les symptômes de la paralysie générale et qui tous deux étaient entachés de syphilis héréditaire.

Ce diagnostic de paralysie générale n'est pas douteux : les signes somatiques sont au grand complet.

Quant aux troubles psychiques, ils consistent en une dé-

mence progressive saus stades préalables de déviation mentale et de délire.

L'infection hérédo-syphilitique n'est pas moins sûre; les pères étaient contaminés tous les deux.

On est donc autorisé à considérer la paralysie générale de ces enfants comme uu résultat, une conséquence de leur hérédité spécifique. Impossible de mettre ici en ligne de compte nombre d'éléments étiologiques qui s'imposent à la discussion chez l'adulte.

Actuellement (1895), on est en possession de 42 cas au moins de paralysie générale juvénile. Or, sur ces 42 cas, il y en a 37 avec renseignements circonstanciés sur les antécédents: 29 fois syphilis avérée; 8 fois syphilis probable. Que désirer de plus probant?

Conclusion : la paralysie générale juvénile est presque toujours le résultat d'une syphilis héréditaire ou acquise en bas âge, tout comme la paralysie générale de l'adulte procède, daus la grande généralité des cas, d'une syphilis acquise.

A noter quc les pères de ces deux enfants ont été trouvés l'un et l'autre dans un état très voisin de la paralysie générale. Plusieurs fois, d'ailleurs, divers auteurs ont expressément noté la paralysie générale chez les parents des jeunes hérédo-syphilitiques atteints de cette maladie.

III. — *Discussion sur l'alcoolisme* (séances de juin, juillet, août). — La proposition d'un vœu de MM. J. Bergeron et Laborde, coucernant les mesures prophylactiques contre l'alcoolisme a donné lieu à une longue discussion qui s'est prolongée pendant deux mois et demi à l'Académie. Les idées exposées par les orateurs qui y ont pris part peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

M. Rochard est d'avis que le but à poursuivre est de diminuer la consommation de l'alcool : 1° en rétablissant l'autorisation préalable pour l'ouverture des cabarets; 2° eu élevant les droits sur l'alcool et en réprimant sévèrement la fraude.

M. G. Lagneau propose : 1° l'interdiction de vendre pour la consommation tout alcool d'industrie non rectifié; 2° la diminution du nombre des cabarets; 3° la propagande contre les dangers de l'alcoolisme par les médecins et les universitaires.

M. Motet, insistant sur l'accroissement effrayant de la criminalité dû à l'alcoolisme, est partisan de la propagande par la conférence, le livre adressé à l'instituteur, à l'enfant, aux mères de famille et l'appel à l'initiative privée.

Pour M. Daremberg, le cognac de trente ans et l'eau-de-vie de flegmes non rectifiée se valent au point de vue toxique ; la rectification obligatoire des alcools ne guérira donc pas le mal. Il est aussi partisan de la diminution du nombre des cafés et cabarets, de la suppression du privilège des bouilleurs de cru et d'une campagne morale énergique pour combattre les préjugés sur l'alcool et multiplier les lieux de réunion d'où les boissons alcooliques seront exclues.

M. Laborde proteste contre l'assertion du précédent orateur relativement à la toxicité des alcools. Il soutient que les eaux-de-vie de fabrication courante sont plus toxiques que les eaux-de-vie de vin naturelles.

M. Magnan intervient pour proposer la création d'asiles d'alcooliques. Il invoque l'exemple des pays étrangers. Les Etats-Unis comptent plus de trente établissements de ce genre en pleine prospérité.

Le résultat du traitement fournit un tiers de guérisons et un tiers d'améliorations. Il en existe aussi en Angleterre, en Allemagne, en Suisse où se trouve l'établissement modèle du Dr Forel, à Ellikon-sur-Thur. Dans les asiles d'aliénés ordinaires on ne guérit que les troubles délirants actuels ; les alcooliques n'en sortent que pour y revenir ou pour aller peupler les hôpitaux auxquels leur donnent droit les affections cérébrales, hépatiques, gastro-intestinales qui résultent de leur intempérance. A côté des asiles d'alcooliques se constitueront tout naturellement une société d'abstinence et des sociétés de patronage.

M. Lancereaux expose ses idées favorites sur l'alcoolisation par le vin et sur la cirrhose des buveurs, et divers membres reviennent sur la question de la toxicité de l'alcool, entre autres MM. Daremberg, Lagneau et Colin.

A. Cullerre.

Société de Chirurgie

Année 1898.

Discussion sur les psychoses post-opératoires.

Séance du 1er mars. — *M. Broca* dit qu'il n'a jamais rencontré chez les enfants de véritables psychoses post-opératoires. Sur une statistique de 8,990 opérations, il n'a observé

que des délires passagers d'origine septique et deux fois du délire par intoxication iodoformique. Dans le cas d'opération aseptique, il n'a jamais rencontré aucun trouble cérébral.

Par contre, il se rappelle un cas de délire des persécutions observé chez une femme opérée pour un kyste de l'ovaire. Cette femme ne semblait avoir aucune prédisposition héréditaire ou acquise.

Séance du 23 mars. — *M. Walther.* — Dans son très intéressant et très utile travail sur les psychoses opératoires, notre collègue M. Picqué a rapporté l'observation d'une femme de quarante-deux ans, reçue dans le service de M. Briand, dans un état de dépression mélancolique avec demi-conscience et prédominance d'idées hypocoudriaques. Cette malade est triste, dit-elle, parce qu'elle a été opérée sans nécessité par son médecin. Etant tombée sur la cuisse, elle entra à l'hôpital où on l'opéra, malgré elle, d'une affection abdominale, alors qu'elle n'avait rien eu du côté des organes génitaux.

Tel est le récit de la malade. C'est moi qui l'ai opérée et mon ami M. Picqué a bien voulu me demander, au moment où il a fait sa communication, quelques renseignements sur l'opération que j'avais faite. Je lui ai donné une courte note que je tiens à compléter par l'histoire de cette malade avant l'opération.

Cette femme a un passé gynécologique très chargé. Mariée à dix-huit ans, les rapports ont toujours été très pénibles ; deux fois elle a eu un retard dans ses règles, suivi de l'expulsion douloureuse de caillots. En 1882, phlegmon du ligament large incisé par le vagin. Jusqu'en 1893, elle souffre du ventre, des reins, des cuisses. En 1893, crise de métrite aiguë et congestion pulmonaire. En 1894, douleur subite très violente dans le bas-ventre avec frissons et fièvre. Le Dr Pozzi propose une opération, la malade refuse. Le Dr Jalaguier constate une poche fluctuante et pense à un kyste de l'ovaire suppuré. C'est à ce moment qu'elle entre à Saint-Antoine, où j'avais l'honneur de remplacer M. Monod. Je trouve une énorme poche suppurée rétro et sous-utérine, venant faire saillie d'une part à l'ombilic, d'autre part, dans le cul-de-sac postérieur. Je fis une laparotomie complétée par un drainage vaginal et la malade guérit.

Il ne m'a pas paru inutile de vous rapporter ces détails : car il y a toujours grand intérêt à montrer quelle confiance on doit accorder au récit de pareilles malades.

Je tiens aussi à attirer l'attention sur ce point que je n'ai

pas touché aux annexes et qu'il ne saurait être question d'attribuer les troubles psychiques à leur ablation. D'autre part, les troubles psychiques me paraissent plutôt pré-opératoires que post-opératoires, d'après ce que j'ai pu en juger pendant le temps que la malade est restée à Saint-Antoine.

De la comparaison si instructive de ces deux observations, je crois qu'on peut tirer un enseignement. C'est que pour tous les cas analogues, il est indispensable, si l'on veut arriver à des résultats sérieux, de rechercher l'observation initiale, et nous ne saurions trop demander à tous nos confrères aliénistes, seuls bien placés pour suivre l'histoire de ces malades, de faire ce qu'a fait si judicieusement mon ami M. Picqué, de demander au chirurgien qui a opéré l'observation prise au moment de l'intervention.

M. Richelot. — Avec la compétence que lui donne son titre de chirurgien des asiles d'aliénés, notre collègue M. Picqué nous a montré, sous un jour que je crois très exact, les rapports qui existent entre les opérations et les troubles vésaniques. De son étude, je ne veux retenir que le chapitre où il traite des opérations gynécologiques et les disculpe du reproche qu'on leur a fait trop souvent, d'avoir une influence très spéciale sur le développement de la folie.

On incrimine ordinairement la castration ovarienne « comme apportant des modifications biologiques dans l'économie par la suppression d'organes aussi importants que les ovaires ». Or, sur un nombre considérable d'opérations abdominales, jamais il ne m'a paru que la suppression de l'utérus ou des ovaires apportât dans l'organisme une perturbation si profonde. J'ai vu des cas de folie après les opérations, d'où il ressort pour moi très nettement : 1° qu'il s'agit de femmes prédisposées ou déjà folles ; 2° que les troubles mentaux n'ont pas de rapports avec la nature de l'acte chirurgical et que c'est une erreur d'incriminer la castration ovarienne plutôt qu'une opération quelconque. M. Richelot rapporte ensuite des observations à l'appui de sa proposition. C'est d'abord une femme de vingt-six ans, hystérique et ayant depuis longtemps des troubles de l'intelligence, qui est prise d'un délire religieux après l'ablation des deux trompes et des deux ovaires pour salpingite suppurée. Cette malade guérit.

Dans un second cas, il s'agit d'une fille hystérique et d'un caractère exalté. La résection partielle de la trompe droite, sans toucher aux ovaires ni à l'utérus, amena des

hallucinations qui firent enfermer la malade à Sainte-Anne. Elle en est d'ailleurs sortie guérie. A la suite d'une hystérectomie abdominale pour fibrome, une femme de quarante-sept ans se coupe la gorge, à la Maison de santé, après une première tentative inutile. On apprend alors que, deux ans auparavant, même aventure lui était arrivée. M. Richelot rapporte ensuite le cas d'une femme de cinquante et un ans qui, à la suite d'une hystérectomie abdominale pour énorme fibrome, se mit à divaguer. Elle fut envoyée dans un asile et perdue de vue.

Les deux cas suivants ont trait à des hystériques qui, à la suite de l'hystérectomie vaginale, font une crise passagère de folie. Chez ces femmes, l'opération avait agi comme excitant pour déterminer les troubles psychiques, et toute autre opération aurait produit le même résultat. Témoin cette femme qui, à la suite d'une colporraphie, se met à délirer pendant quelques jours. On apprend alors que sept ans auparavant, à la suite d'un accouchement, pareil fait s'était produit; témoin encore cette vieille femme de soixante-douze ans, chez qui l'ablation d'un épithélioma de la vulve, suivie de réfection de la commissure, amène des troubles qui la font enfermer à Sainte-Anne.

Les trois dernières observations de M. Richelot nous montrent des aliénées dont les troubles mentaux ont été méconnus et qui ont subi l'opération au cours de leur folie. La première de ces malades fait le sujet de l'observation V de M. Picqué.

Dans la seconde, il s'agit encore d'une femme nerveuse neurasthénique et décrivant ses sensations avec un luxe d'expression tout particulier. A la suite d'une colporraphie, son état neurasthénique s'accrut au point que l'internement fut jugé nécessaire.

La dernière malade semblait fort calme, raisonnable et en pleine possession d'elle-même. Elle croyait être enceinte et venait demander, sans vergogne, une opération libératrice. Comme elle portait des fibromes utérins, on fit une hystérectomie vaginale. Après l'opération, elle se croyait toujours enceinte et M. Richelot apprit alors qu'elle faisait depuis longtemps la terreur de tous les médecins de son pays qu'elle avait successivement consultés.

Sur mes onze observations, dit M. Richelot en concluant, je relève trois catégories de psychoses : des troubles hystériques passagers provoqués par une opération quelconque ; des folies hystériques plus graves, éclatant sur un terrain tout préparé, avec ou sans ablation d'organes, des vésanies proprement dites

ayant commencé bien avant l'opération, et après elle poursuivant leur cours.

Mais dans aucun cas je ne vois la castration ovarienne ou utérine, l'opération « sur la sphère génitale » produire de toutes pièces les troubles mentaux ou avoir sur leur apparition une influence effective.

Séance du 5 avril. — *M. Paul Reynier.* — M. Picqué vient d'aborder devant nous une question de pathologie générale, particulièrement difficile à élucider, et qui cependant nous intéresse tous, comme il le dit avec raison. Les chirurgiens ne peuvent rester indifférents à ces questions de médecine mentale. On accuse trop souvent nos opérations gynécologiques d'être la cause de troubles mentaux, pour que nous ne tenions pas compte du plus ou moins bien fondé de cette accusation, et que nous ne la discutions.

Il est un fait qui me paraît indéniable et qu'on ne saurait trop mettre en lumière, l'opération ne fait jamais naître la folie de toute pièce. De même que le chloroforme donne, chez les sujets prédisposés, du délire alcoolique, des crises d'épilepsie, d'hystéric, ou de manie, de même l'acte opératoire, le choc moral ou physique qui en résulte, révélera certains états morbides latents ; mais ne les crécra pas.

L'auteur rapporte ensuite trois cas de manie aigë observés après l'ablation de kystes de l'ovaire chez des femmes manifestement prédisposées.

Souvent, dit-il, chez les femmes âgées opérées pour prolapsus, on constate des troubles de l'intelligence et du ramollissement. L'acte opératoire a précipité cette déchéance cérébrale, qui serait survenue probablement plus lentement sans lui.

Il est, à côté de ces malades, toute une catégorie de nerveux très intéressante à connaître pour le chirurgien : car le diagnostic de leur état mental peut lui éviter des opérations inutiles qui le discréditeraient dans l'esprit du public et de ses confrères. Je veux parler de ces neurasthéniques ou de ces hystériques qui ont une phobie douloureuse *sine* ou *cum materia*. Ces malades accusent des douleurs en disproportion avec les lésions qu'on peut leur trouver. L'opération dans ces conditions est souvent la cause d'une exaspération des phénomènes cérébraux, mais là encore elle ne les crée pas.

Comme le faisait remarquer M. Picqué, plus la malade est gravement atteinte, plus nos suites opératoires sont bonnes, plus les malades sont reconnaissantes de nos soins.

A l'appui, l'auteur rapporte l'observation d'une femme opérée d'un colpo-périnéorraphie chez qui les douleurs persistèrent après l'opération et qui ne put guérir que par suggestion.

Très nombreuses, dit-il, sont les malades de ce genre, qui, folles, viennent réclamer une opération et que folles laisse cette opération quand elle n'aggrave pas leur état cérébral.

Devons-nous opérer ces malades?

Oui et non, dit M. Reynier. Oui, si l'opération ne doit rien supprimer. Non, si l'opération doit amener la suppression d'un organe.

Je sais, dit l'auteur, que l'ablation des ovaires kystiques avec trompes saines chez des femmes jeunes, n'empêche pas la douleur au niveau du pédicule et est presque toujours suivie de troubles hystériques, ou d'états névropathiques. Si la lésion ovarienne, l'ovaire kystique, amenant des troubles de la menstruation, provoque surtout l'hystérie, la neurasthénie, c'est-à-dire la folie avec idées fixes, vient surtout après l'arrêt définitif des règles. Mais on peut faire remarquer que ce n'est que chez les prédisposées que l'arrêt de la menstruation a cet effet désastreux. Nombre de femmes heureusement échappent à ces troubles de l'intelligence.

Là encore, l'arrêt de la menstruation ne semble être que la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

M. Monod rapporte trois faits dont peut-être un seul est à retenir comme appartenant vraiment au groupe de faits sur lesquels M. Picqué a attiré l'attention. Je les mentionne tous trois cependant, dit l'auteur, ne fût-ce que pour montrer, après M. Picqué, combien facilement on peut attribuer à l'intervention opératoire des accidents qui ont une autre origine.

Dans la première observation de M. Monod, il s'agit d'une femme de cinquante-quatre ans, opérée pour kyste de l'ovaire. Elle meurt dix jours après l'opération après avoir présenté de l'agitation et du délire. Après la mort, on constate que l'urine contenait une quantité considérable d'albumine. Il s'agissait donc d'une mort par urémie à forme délirante, et, sans l'examen *post mortem* de l'urine, on aurait pu ranger ce cas dans la catégorie des manies aiguës post-opératoires.

La seconde observation de M. Monod, très longuement rapportée, a trait à un homme de trente-sept ans, atteint d'une fracture compliquée de jambe. Le foyer de fracture s'étant mis à suppurer, le malade fut pris d'un délire simulant le délire alcoolique, bien qu'il ne fût pas adonné à l'alcool.

On pratiqua une amputation, après laquelle le délire persista pendant près d'un mois. Enfin, la guérison complète survint. Chez ce malade, dit M. Monod, il s'agit peut-être d'un délire dû à la septicémie ; il me semble cependant qu'il y a eu chez lui un trouble intellectuel à forme particulière qui me paraît sortir du cadre des délires purement septicémiques.

Dans la dernière observation, il s'agit d'une femme ayant subi une hystérectomie abdominale totale pour fibrome. A la suite, elle fut prise du délire de la persécution. On ne trouve aucune tare dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

S'agit-il, dans ce cas, de délire post-opératoire et peut-on imputer à l'ablation de l'utérus et des annexes les troubles observés ? Il semble, dit M. Monod, qu'il faille répondre à cette question par l'affirmation. Je ne crois pas cependant qu'il faille se hâter de conclure en ce sens. Les utérus enlevés se comptent par centaines, pour ne pas dire par milliers, et cependant les accidents du genre de ceux que je viens de rappeler demeurent infiniment rares.

Les prédispositions héréditaires font défaut dans mon cas ; mais, en est-il de même des acquises ? Il faut tenir compte de ce que cette femme venait de perdre son mari, dont la mort la laissait absolument isolée ; de la perte de sa fortune, de l'obligation où elle se trouvait d'entrer à l'hôpital malgré elle, de la crainte qu'elle avait d'une opération.

N'y a-t-il pas, dans ces diverses circonstances, des éléments de perturbation et de dépression mentale suffisants pour expliquer ce qui est advenu?

Séance du 12 avril. — *M. Paul Segond.* — La question soulevée par notre collègue M. Picqué, compte certainement parmi celles dont la mise au point claire et nette serait particulièrement utile. Par malheur, j'en connais peu de plus délicates..... Toutefois, en limitant un peu la discussion, je pense qu'il est possible d'apporter au débat quelques faits probants, notamment en ce qui regarde l'influence des opérations gynécologiques sur les perturbations mentales dont on se plaît trop souvent à leur faire endosser la responsabilité. Oui ou non, les malades ont-elles à redouter que la castration dont elles ont besoin ait sur leur équilibre mental une influence nocive? Voilà, je crois, l'un des côtés les plus actuels de la question, et notre collègue Picqué a eu grandement raison de nous convier à la destruction de l'une des légendes les plus singulières avec lesquelles les gens du monde, et trop souvent

les médecins, terrorisent les malades sous le prétexte de les préserver des excès de la chirurgie et sans autre résultat que de reculer ou d'empêcher des opérations indispensables et urgentes.

Sur une statistique de 642 cas, comprenant des femmes ayant subi des opérations sur l'utérus ou les annexes, l'auteur n'a trouvé que 4 cas de psychose post-opératoire. Trois des malades en question étaient hystériques avérées ; la quatrième, qui fut prise après son opération en flagrant délit de kleptomanie, avait déjà eu des habitudes du même genre.

Nous voilà bien loin, dit M. Segond, des proportions données par certains auteurs à propos de la fréquence des psychoses relevant des opérations gynécologiques, et mes observations parlent, on le voit, dans le même sens que celles de M. Picqué. Pour moi comme pour lui, les psychoses post-opératoires ne s'observent guère que chez les prédisposées, les hystériques et les dégénérées, et pour le dire en un mot, la castration ne rend folles que les femmes qui l'étaient déjà.

Le chirurgien ne doit donc pas se laisser arrêter par la crainte d'une perturbation mentale ; mais il doit se tenir en garde contre ces malades, médicales pour ainsi dire, qui ont des douleurs peu en rapport avec leurs lésions organiques et s'attacher à n'intervenir que dans les cas d'indication nette et formelle.

M. Lucas-Championnière restreint la question posée par M. Picqué aux faits de folie proprement dits, soit que la folie ait été amenée par l'opération, soit qu'elle ait disparu à la suite de l'opération faite sur l'utérus et les ovaires.

Après avoir rappelé que certains auteurs, Keith par exemple, affirmaient, sans statistiques à l'appui, sans preuves sérieuses, que plus du tiers des femmes ayant subi la castration devenaient folles, l'auteur conclut que ces cas de folie sont d'abord assez rares, et, qu'en second lieu, les sujets affectés de folie post-opératoire sont non seulement des prédisposés, mais des sujets souvent antérieurement atteints de folie.

M. Lucas-Championnière rapporte ensuite trois observations d'opérées ayant eu des troubles cérébraux après des opérations abdominales. Ces trois malades avaient des antécédents très nets de folie. La dernière observation est plus intéressante. Il y est question d'une femme dont la psychose fut réveillée à la suite d'une opération incomplète sur l'utérus. La malade s'étant un peu calmée, quelques mois après, on fit une opération complète dans laquelle on enleva les ovaires et ce qui restait d'uté-

rus. Aucun phénomène cérébral ne survint après cette seconde opération.

Les traumatismes, même éloignés de la sphère génitale, peuvent avoir une influence sur la folie. L'auteur rapporte un cas de fracture qui réveilla une folie pour laquelle le malade avait été interné longtemps auparavant et dont il paraissait guéri. En terminant, M. Lucas-Championnière dit quelques mots sur l'influence que peut avoir une opération sur une psychose dépendant de lésions des organes génitaux.

Séance du 20 avril. — *M. Routier*, après avoir écarté de la question les délires septiques, étudie les véritables délires post-opératoires. Il cite un premier fait dans lequel l'iodoforme doit peut-être intervenir comme facteur dans la production de la psychose observée. Il rapporte ensuite six cas d'opérations suivies de délire ou de manie. Ces opérations se décomposent ainsi : une taille suspubienne, une castration chez un prostatique, une cure radicale d'épiplocèle ombilicale, une ablation de kyste de l'ovaire, une résection du sternum et une hystérectomie abdominale totale.

D'autre part, l'auteur rapporte un cas d'amélioration passagère à la suite d'une colpopérinéorraphie chez une femme atteinte de troubles psychiques.

En terminant, M. Routier se demande si le chirurgien doit s'abstenir d'opérer, par crainte des troubles post-opératoires. Je crois que le temps est passé, dit-il, où des chirurgiens sérieux enlevaient les ovaires scléro-kystiques. En dehors de cette intervention que je condamne, j'estime que, quand les indications opératoires sont bien posées, le chirurgien peut opérer sans avoir à compter avec les psychoses post-opératoires, qu'il ne peut, du reste, ni prévoir ni empêcher.

M. Hartmann a pu constater que les délires post-opératoires prennent des formes variées. Chez le vieillard, ils affectent des allures comparables à la démence sénile ; chez les individus jeunes, ils revêtaient le caractère de véritables psychoses affectant particulièrement la forme mélancolique et le délire de persécution.

L'auteur ajoute qu'il n'a jamais constaté chez l'enfant le développement d'une psychose proprement dite.

La nature de l'opération ne prédispose pas d'une manière particulière au développement de la psychose. La castration, en particulier, n'est pas une cause déterminante plus fréquente qu'une autre opération. En effet, sur une statistique de 220 cas

d'ablation bilatérale des anuexes, l'auteur ne rclève qu'un seul cas de psychose, chez une prédisposée.

Il rapporte ensuite deux cas personnels de manie consécutive : l'un, à une opération de hernie étranglée ; l'autre, à une opération de grossesse abdominale, avec ablation des annexes. La première des malades était nettement hystérique ; quant à la seconde, elle avait des antécédeuts héréditaires de folie.

Pratiquement, dit l'auteur, uous ne pouvons rien contre la prédisposition ; mais nous devons toujours calmer, autant que possible, le moral des malades que nous avons à opérer et éviter, ce que l'on fait déjà, tout ce qui peut amener le développement de toxémie ou de phénomènes infectieux.

M. Potherat. — Sous l'appellation de délire psychique post-opératoire, notre collègue M. Picqué a fait devant nous une étude très intéressante, mais complexe, des différents délires. Il me serait impossible de le suivre sur ce terrain où ses longues fonctions de chirurgien des asiles d'aliénés lui ont donné une expérience particulière.

Tout d'abord, je crois, avec M. Picqué, qu'il faut faire une catégorie à part de certains délires survenant immédiatement ou peu après l'opération et qu'il faut rapporter à une intoxication par l'alcool, l'anesthésique, l'iodoforme, etc. L'auteur cite deux cas de ces faux délires. Dans ces deux cas, il attribue la psychose à l'anesthésique. Il rapporte aussi un cas de délire accompagné de suppuration et cessant avec l'infection de la plaie.

Passant aux délires vrais, l'auteur constate qu'ils sont fort rares et que la gynécologie fournit le plus fort contingent ; mais l'opération n'en saurait être responsable : car lorsque le délire succède à l'opération chez ces malades, il ne fait que se caractériser plus nettement ; car, dans la très grande majorité des cas, il existait auparavant plus ou moins à l'état larvé.

Quant aux guérisons ou améliorations survenant après l'opération, l'auteur rapporte trois faits. Dans le premier, chez une malade dont la psychose était survenue à la suite d'un prolapsus utérin, l'opération amena une amélioratiou notable ; mais quelques jours après, la malade retombait dans son état antérieur à la suite d'une violente secousse morale.

Dans le second cas, le résultat fut plus heureux, la psychose disparut après une amputation de sein. Cette psychose reconnaissait pour origine la peur excessive de l'acte opératoire. Enfin, dans deux cas portant sur des démeuts de vieille date, l'opération n'a eu aucune influence.

Chez une malade dont le délire psychique était apparu à la suite d'une opération, l'auteur relève l'usage à ce moment de la morphine. Il insiste sur ce facteur étiologique de la folie post-opératoire. M. Potherat rappelle que les urinaires fournissent un sérieux contingent aux psychoses chirurgicales. Ces malades délirent souvent parce qu'ils se savent ou se croient atteints d'une affection des voies génito-urinaires. Il est fréquent d'observer chez eux le délire avec tendance au suicide.

Séance du 27 avril. — *M. Barette* (de Caen). — Restreignant ses observations au délire psychique vrai, l'auteur rapporte les trois observations suivantes :

Dans la première, il s'agit d'une femme ayant subi l'hystérectomie vaginale et qui, au douzième jour, sans fièvre, fut prise de délire avec idées de persécution. On ne relève chez elle aucune tare nerveuse.

Dans le deuxième cas, il s'agit encore d'une femme ayant subi l'hystérectomie. Elle non plus n'avait aucun antécédent nerveux. Elle avait seulement éprouvé une grande terreur de l'opération et était profondément affaiblie.

Dans la troisième opération, la malade était manifestement prédisposée : hystérique et alcoolique à un certain degré. A la suite d'une castration utéro-ovarienne, elle fut prise d'obsessions délirantes qui, depuis, n'ont été qu'en s'aggravant.

Telles sont nos trois observations, conclut M. Barette; toutes se rattachent à la chirurgie gynécologique. Sur un total de 1,800 opérations environ, nous ne relevons aucun autre fait analogue. Dans un seul des cas sur trois, l'hystérie compliquée d'alcoolisme est à incriminer. Un cas a guéri au bout d'un mois et demi environ ; les deux autres ne se sont pas modifiés ; l'une des guérisons dure depuis sept mois, l'autre depuis quinze mois.

M. Tuffier. — L'ensemble des communications qui se sont succédé tendent à établir que les psychoses post-opératoires surviennent chez les sujets prédisposés. Mais pour arriver à une notion scientifique exacte sur ce sujet, il nous faudrait établir où commence et où finit la psychose, et quel est, dans l'opération, acte très complexe, le facteur pathogène.

L'auteur rapporte ensuite quatre cas de sa pratique. Dans le premier, il s'agit d'un enfant opéré d'une hernie, qui fut pris pendant quinze heures d'un délire furieux. Ce malade était hystérique. Dans le second cas, un homme de cinquante-trois ans avait subi la castration pour des troubles vésicaux. Pen-

dant une semaine, il fut en proie au délire avec idées de suicide.

Les deux derniers cas ont trait à des femmes. La première, à la suite d'une trépanation de la mastoïde, fut prise de délire. On retira la gaze iodoformée du pansement, mais les troubles cérébraux persistèrent pendant vingt-huit jours.

Le dernier cas de M. Tuffier a trait à une véritable aliénée, dont M. Picqué a rapporté l'histoire dans son mémoire. Cette femme semble avoir été améliorée par l'opération.

« Ce que je puis dire en terminant, dit l'auteur, c'est que sur les milliers d'opérations que j'ai pratiquées depuis quinze ans, je n'ai eu que bien exceptionnellement des psychoses post-opératoires ; ce qui m'étonne le plus, c'est de n'avoir pas rencontré des faits d'hystéro-traumatisme et d'épilepsie post-traumatique, qui sont loin d'être rares après les traumatismes non chirurgicaux.

M. Poirier. — J'ai vu trois fois des malades ayant subi la castration utéro-ovarienne, présenter des troubles psychiques analogues à ceux que l'on observe parfois au moment de la ménopause. Il ne me paraît pas douteux que ces troubles doivent être rattachés, non à l'acte opératoire, mais à la suppression brusque de la fonction ovarienne.

A côté de ces cas, j'ai perdu, par suicide, deux opérés : l'un sur lequel les renseignements manquent au point de vue des antécédents ; l'autre ayant des antécédents héréditaires de folie. L'auteur cite encore une observation où les troubles psychiques étaient liés à l'infection.

M. Bouilly. — Dans la plupart des cas où j'ai observé des troubles psychiques après des interventions, il s'agissait de malades prédisposées ayant déjà présenté ou présentant des troubles cérébraux. Il faut néanmoins reconnaître que toute opération, et en particulier certaines opérations de chirurgie génitale, peut faire éclater des accidents qui auraient peut-être manqué sans cette circonstance.

La rareté de ces troubles comparée au grand nombre d'opérations et, d'autre part, leur éclosion après des interventions très différentes comme nature et comme importance, ne laissent aucun doute sur l'existence d'une tare cérébrale connue ou inconnue chez les sujets touchés.

Il faut tout d'abord distinguer les femmes présentant des accidents hystériques ou hystériformes et celles atteintes d'aliénation mentale véritable. Les hystériques sans grosses lésions

n'ont aucun bénéfice à attendre de l'opération, et le chirurgien se garde bien d'intervenir. Quant aux hystériques avec grosses lésions annexielles, l'opération n'accentue pas leur névrose, mais parfois même améliore leur état.

M. Bouilly a observé plusieurs femmes chez lesquelles l'opération fut suivie d'un dérangement cérébral. Il rapporte l'observation d'une malade de ce genre qui dut être enfermée. Cette malade avait des antécédents de folie héréditaire et personnels.

M. Bouilly rapporte aussi l'observation intéressante d'une femme chez laquelle il a vu évoluer parallèlement une lésion génitale et des troubles psychiques. L'intervention n'amena qu'une amélioration passagère.

Dans un autre cas, la psychose post-opératoire apparut chez une femme déjà atteinte d'affaiblissement intellectuel sénile.

Chez une autre malade, il est impossible de trouver la relation entre l'opération et une crise passagère de folie mystique ayant éclaté deux mois après.

A la suite d'une intervention minime, comme l'introduction d'une tige de laminaire dans un col atrésié, l'auteur vit éclater chez une femme vigoureuse une crise de manie aiguë. Il admet qu'il devait exister un dérangement cérébral antérieur latent.

Sur plusieurs milliers d'opérations gynécologiques, dit-il, je ne relève que cinq cas de psychose post-opératoire et sur ces cinq cas les trois premiers avaient des tares visibles.

Peut-être, dit M. Bouilly, y a-t-il lieu d'invoquer une tare cérébrale pour expliquer des accidents légers et passagers, comme une véritable obnubilation des idées, observés à la suite d'opérations diverses, en particulier sur l'utérus, le périnée et le vagin.

L'auteur signale ensuite une variété plus rare de psychoses. Ce sont des troubles cérébraux qui apparaissent tardivement après l'opération. Il en a relevé deux cas.

Rien, dit-il, ne peut, à l'avance, faire prévoir l'explosion de ces accidents, et leur danger ne saurait constituer une contre-indication opératoire que chez des sujets semblant prédisposés d'une façon manifeste.

Il n'en est pas de même de la crainte exagérée de l'opération éprouvée par quelques malades. M. Bouilly raconte que, dans trois cas, il dut renoncer à l'opération à cause des crises de terreur qui s'emparaient des malades au moment de l'opération.

Poussée à ce degré, dit-il, cette phobie opératoire est un vrai

danger. En dehors de toute complication, cet état mental particulier me semble pouvoir être cause de la mort. Il cite à l'appui le fait d'une jeune femme qui, avant l'opération, avait une terreur profonde et considérait sa fin comme prochaine. Deux jours après l'opération, elle mourait avec des symptômes d'asthénie cardiaque.

M. Bouilly considère cette phobie opératoire comme une véritable contre-indication, surtout si l'intervention ne s'impose pas comme le seul moyen de sauver la vie du malade.

Séance du 17 mai. — *M. Ollier* résume en quelques mots l'état de la discussion. L'accord, dit-il, semble fait sur une des propositions fondamentales : à savoir que c'est chez des individus prédisposés par des antécédents névropathiques, héréditaires ou acquis, qu'on observe ces troubles psychiques plus ou moins durables qui surviennent après les opérations chirurgicales. Dans l'ensemble des opérations, ce sont celles qu'on pratique sur les organes génitaux de l'homme et de la femme qui exposent le plus à ces troubles cérébraux ; mais des opérations d'un autre ordre peuvent donner lieu aux mêmes accidents. La cause plus générale de ces troubles psychiques, il faut, d'après M. Ollier, la chercher dans la secousse morale, l'émotion, l'ébranlement nerveux qui précède l'opération, l'accompagne et la suit. On voit des sujets perdre momentanément la raison à l'approche d'une opération. L'auteur rapporte un cas où cette terreur pré-opératoire se changea en une lypémanie qui obligea à différer une opération que l'on ne put pratiquer plus tard et dont la malade mourut.

M. Ollier attribue encore un rôle important à l'anesthésique. Il cite deux cas où le chloroforme amena des troubles cérébraux tels que l'on hésitait à pratiquer l'opération dont les malades avaient besoin. En substituant l'éther au chloroforme, on put opérer les malades sans qu'aucun trouble mental n'en résultât. Dans d'autres cas, les troubles étaient imputables à l'éther et n'avaient pas lieu avec le chloroforme.

En terminant, l'auteur insiste sur une catégorie de psychoses qui apparaissent chez les vieillards après des opérations minimes. Cette démence sénile reconnaîtrait pour cause les circonstances qui accompagnent l'opération et l'état athéromateux des artères des sujets.

Quant à ce qui concerne les psychoses consécutives aux opérations gynécologiques, l'auteur avoue qu'il s'est toujours élevé contre l'abus des castrations ovariennes et qu'il en a vu

les inconvénients au point de vue psychique chez certaines malades. Il conclut en disant : « Ce n'étaient pas des maladies nouvelles, c'étaient des exagérations et des transformations d'un nervosisme ancien, antérieur à l'opération. Il y a dans cet ordre d'idées toute une catégorie de sujets qu'il faut toucher le moins possible, et vis-à-vis desquels on ne saurait être trop prudent si l'on ne veut pas augmenter les chances de psychose qui les menacent. »

M. Gérard-Marchant rapporte deux cas dans lesquels des vieillards habitant la campagne et amenés à Paris pour opérations (amputation du sein, amputation de la cuisse) furent pris d'affaiblissement intellectuel, de délire tranquille, et ne recouvrèrent leur raison que lorsqu'ils furent revenus dans leur milieu. On ne peut invoquer dans ces deux cas, dit l'auteur, aucune des causes que M. Picqué a eu soin d'écarter (infection, intoxication, etc.). Il s'agit de vieillards vigoureux, d'intelligence faible, chez qui une série d'émotions, un changement absolu d'habitudes et de milieu ont créé un état de surprise et de dérangement cérébral momentané.

En second lieu, certaines mutilations touchant à la plastique du corps, comme les deux amputations de sein rapportées par l'auteur, chez des femmes du monde, jeunes et peut-être prédisposées, mais à coup sûr neurasthéniques, sont susceptibles d'engendrer une mélancolie passagère.

M. Gérard-Marchant a également observé des accès de délire, de véritables manies à la suite des opérations sur les centres nerveux ou à leur voisinage. Daus un cas, il s'agissait d'un malade à qui on avait enlevé le ganglion de Gasser pour une névralgie faciale rebelle ; dans un autre, la malade avait subi la résection du sympathique cervical pour maladie de Basedow.

L'auteur insiste beaucoup sur ces neurasthéniques atteints de varicocèle douloureux, de blennorrhée, et de la triade : rein mobile, ectasie gastrique et lésions utéro-ovariennes légères.

Ces malades tarés héréditairement, ou plutôt aliénés en puissauce, ont souvent des troubles psychiques, réveil de leur névrose latente à la suite d'interventions légères, tels que cure radicale du varicocèle, catéthérisme de l'urètre, néphropexie.

Enfin, en ce qui concerne la guérison de la folie vraie par un acte opératoire, l'auteur estime qu'il faut être très réservé. Il rapporte un cas daus lequel, à la suite d'un traumatisme suivi d'une intervention, un aliéné eut une rémission passagère dans sa psychose.

M. Le Dentu rapporte une statistique de 11 cas personnels recueillis à la clinique de l'hôpital Necker. De ces 11 cas, 6 se rapportent à des opérations gynécologiques, 5 à des cas divers dont 2 observés sur des femmes et 3 sur des hommes.

D'après l'auteur, il résulterait d'une statistique de 68 cas qu'il a établie que, d'une façon générale, le sexe féminin et d'autre part les opérations sur l'appareil génital, présentent une prédisposition particulière aux troubles intellectuels de nature très variée, qui correspondent à ce qu'on appelle le délire post-opératoire.

De l'analyse à laquelle s'est livré l'auteur sur ses cas personnels, il résulte que ces délires sont de nature toxique, infectieuse ou urotoxémique. Dans une autre catégorie il range des délires maniaques réveillés, des délires d'origine hystérique, des délires séniles.

Enfin, dit-il, il reste une dernière catégorie de faits d'une interprétation beaucoup plus délicate : ceux chez lesquels il est impossible de démontrer une prédisposition héréditaire ou acquise.

Séance du 24 mai. — *M. Nimier* expose la genèse d'une petite épidémie de délire qu'il a observée au Tonkin. Cette observation met bien en relief l'importance de la prédisposition acquise et montre qu'il faut reléguer au second plan l'influence des causes occasionnelles qui, sans examen, sont souvent accusées d'avoir créé de toutes pièces le délire. En effet, M. Nimier a vu le délire se développer chez des soldats qui depuis trois jours étaient bloqués par les Chinois et attendaient du renfort avec anxiété. Le troisième jour, sous un soleil de plomb, ces soldats se battent toute une journée. Les blessés et les insolés présentaient un délire à forme unique : impulsion à marcher sur l'ennemi et divagations en rapport avec cet acte. Le traumatisme accidentel ou opératoire, tout comme l'insolation, n'a joué que le rôle de cause occasionnelle. Il ne saurait être accusé d'avoir créé de toutes pièces un délire qui découlait manifestement de l'état mental antérieur des blessés.

En temps de paix, les psychoses post-opératoires seraient exceptionnelles dans l'armée. L'auteur n'a pu en recueillir que deux cas.

Pour ce qui est des troubles psychiques, observés chez le vieillard par les ophtalmologistes, leur fréquence est certaine. Il est indéniable, d'autre part, que la nature de l'opération n'a aucune influence sur la psychose ; mais les causes occasionnelles

sont très discutées, ce qui démontre bien que les psychoses opératoires ont une étiologie complexe et que, dans leur genèse, le traumatisme ne joue pas le rôle capital que certains lui attribuent.

M. Berger. Dans la discussion qu'a soulevée la communication de MM. Picqué et Marcel Briand, il faut distinguer deux ordres de faits :

1° Ceux dans lesquels un désordre mental primitif pousse ceux qui en sont atteints à réclamer avec insistance une intervention chirurgicale, qui n'est pas requise par leur état. A ce propos, M. Berger rapporte le cas d'une malade qui croyait avoir avalé des fragments de verre. En fait, on lui fit une incision exploratrice et on ne trouva rien. Malgré la suggestion que l'on essaya d'employer, la malade ne guérit pas.

2° Le deuxième point, dit l'auteur, de beaucoup le plus important, qu'a touché M. Picqué est celui des psychoses post-opératoires, des troubles mentaux qui se développent à la suite des interventions chirurgicales.

M. Berger ne se rappelle avoir observé que trois cas de ce genre, tous trois relatifs à une amputation de sein. Dans ces cas, il accorde la plus grande importance à la terreur produite sur les malades par la perspective de l'opération.

L'auteur conclut que ces désordres psychiques sont très rares et que nous ne saurions prévoir les effets passagers ou permanents que pourrait déterminer l'opération ; en tout cas, la crainte de ces effets ne saurait arrêter le chirurgien dans l'exécution d'une opération fondée sur des indications sérieuses et pressantes. L. Picqué.

JOURNAUX ANGLAIS

The Journal of Mental Science.

Année 1895 (*suite*)

VIII. — *Examen de l'influence des agents réflexes et toxiques, comme cause de folie et d'épilepsie,* par le Dr John Bullen (numéro d'avril). — Si l'on veut déterminer le rôle respectif de l'action réflexe et de la toxémie dans la genèse de l'épilepsie et de la folie, on éprouve parfois des difficultés sérieuses. Certains cas se présentent où l'on ne peut connaître auquel de ces agents

est imputable le méfait. M. Bullen s'efforce de mettre en relief l'origine toxique de la folie.

On admet généralement une folie primitive prenant sa source dans le cerveau et des troubles vésaniques causés par un principe délétère introduit dans la circulation. Les cliniciens ont distingué depuis longtemps ces derniers de la folie proprement dite. Ils ont une origine externe, une forme transitoire et la confusion mentale leur est propre. Cependant, ces signes ne sont pas absolus et certaines folies aiguës ont l'apparence de délires toxiques. Un groupe distinct d'affections mentales comprend des cas dans lesquels l'intoxication a produit des changements organiques et où les troubles mentaux persistent après l'action du poison. Il convient de les désigner sous le nom de dégénérescences mentales toxiques.

En se plaçant au point de vue évolutif, on peut rapprocher les deux espèces vésaniques en admettant que le délire toxique est produit par un poison étranger au cerveau, tandis que la folie primitive est le résultat d'un processus pathologique semblable, développé dans le cerveau lui-même. D'après M. Bullen tout désordre mental a sa source dans l'action d'un poison fourni par le malade ou importé du dehors. Qu'on envisage le délire aigu ou la folie aiguë, il n'est pas douteux que la toxine, dont une dose massive produit le premier, peut donner lieu par des doses plus petites et répétées, à l'éclosion d'un désordre mental systématisé. Le fait est démontré pour l'alcool, la fatigue. Les désordres qu'ils déterminent se résument dans l'arrêt des échanges métaboliques. La stimulation excessive du tissu nerveux conduit à la suspension de ces phénomènes et à l'accumulation des leucomaïnes. Le résultat inévitable est une détérioration mentale. Le surmenage physique est suivi des mêmes effets que la stimulation cérébrale (Lagrange). Le caractère typhoïde de certains délires aigus est lié à cette intoxication par les déchets organiques.

De nombreux observateurs, Régis et Lavaure, Voisin et Peron, Mairet et Bosc, Lucini ont cherché à mettre en évidence cette toxémie des aliénés, par l'examen de leurs urines. Bien que leurs expériences aient été contestées, elles n'ont pas moins acquis ce fait scientifique important, que la toxicité de l'urine est accrue par l'aliénation mentale. Griffith a séparé un poison convulsivant de l'urine des épileptiques. L'acide urique exerce une influence sur les attaques de ces malades, d'après Haig, Herter et Smith, et le premier de ces auteurs a montré la rela-

tion qui existe entre la lithiase, le mal de Bright et la mélancolie. On observe dans ces états une diminution du nombre des globules et de l'hémoglobine qui favorise, selon Gauthier, l'accumulation des leucomaïnes et des ptomaïnes.

Brieger affirme l'identité de certaines ptomaïnes avec les alcaloïdes végétaux. Brouardel et Boutmy ont découvert dans le tétanos rhumatismal, la paralysie progressive et l'imbécillité des substances qui ont les caractères des alcaloïdes de la putréfaction et doivent produire des effets toxiques semblables.

Les toxines se forment dans tout l'organisme, mais surtout dans le conduit gastro-intestinal et le foie. Si elles sont absorbées par le sang, des troubles morbides s'ensuivent. Le foie est une barrière, interposée entre les matières toxiques et la circulation. Si cette barrière est supprimée, on observe aussitôt des symptômes graves : céphalalgie, oppression mentale, perte de mémoire, etc. De là, le danger plus grand des auto-infections chez les alcooliques dont le foie fonctionne mal. Les folies hépatique et rénale ont pour cause une auto-intoxication (Klippel, Régis et Lavaure).

L'insuffisance du foie ne laisse pas seulement pénétrer dans le sang les peptones non transformées, le sucre et les leucomaïnes, mais encore les déchets intestinaux, l'acide lithique libre et d'autres produits urinaires.

Une putréfaction intestinale excessive influe sur les attaques d'épilepsie (Herter et Smith). Bouchard a montré l'action toxique des fèces sur l'économie. Certains désordres mentaux, imputables à la coprémie, ont été guéris par le traitement de la constipation.

Tout le monde connaît les troubles liés à l'insuffisance du rein. Christian divise ces effets en uro-toxiques et vasculaires (fibrose artério-capillaire).

Les affections pulmonaires, par les produits morbides qu'elles excrètent, peuvent être des causes actives de folie. Certaines formes de désordre mental résultant de l'action des toxines sur le système nerveux, sont compliquées de névrites multiples (psychoses polynévritiques). Chantemesse a décrit une aphasie et une hémiplégie de nature infectieuse dans la pneumonie aiguë. Enfin les attaques convulsives de la paralysie générale sont, d'après de nombreux savants, le résultat d'intoxications.

L'auteur s'occupe ensuite des maladies des organes pelviens chez la femme et il établit le caractère à la fois réflexe et toxique des affections mentales qui leur sont liées. Il est manifeste

pour l'accouchement, l'état puerpéral et la lactation. Lorsqu'une affection utérine se complique de folie, le processus morbide est formé de trois éléments : l'irritation de l'organe, l'affaiblissement de l'organisme et l'infection chronique.

La toxémie cérébrale à ses deux degrés, aiguë et chronique, est représentée respectivement par la confusion mentale et le délire systématisé. De même dans l'épilepsie, les convulsions peuvent être générales et diffuses, spécialisées et récurrentes, suivant le mode d'action et l'intensité du poison. L'épilepsie et l'éclampsie sont parfois difficiles à diagnostiquer; c'est que ces deux affections peuvent se confondre, l'épilepsie vraie étant, comme l'éclampsie, une maladie infectieuse (Pierre Marie, Lannois, Féré).

Ce chapitre, rempli de faits curieux et de remarques ingénieuses, se termine par des considérations cliniques sur les origines réflexes de l'épilepsie et de la folie. Dans beaucoup de cas où l'on admet l'influence réflexe, on trouverait, en y regardant de près, que le véritable facteur morbide est la toxémie, qui agit parallèlement à l'irritation. M. Bullen étudie l'épilepsie et les troubles mentaux liés à des affections de la périphérie, affections de l'oreille, du nez, du larynx, de l'appareil dentaire, des organes génitaux de l'homme.

IX. — *L'affection tuberculeuse et son traitement dans les asiles irlandais ;* par le Dr Finegan (numéro d'avril). — Les asiles d'Irlande ont la réputation peu enviable d'être des champs de culture pour la tuberculose. Si on les compare avec ceux d'Ecosse, les tableaux de mortalité donnent des chiffres effrayants. Tandis qu'en Ecosse, on compte sur 671 décès, 84 phtisiques, soit 12.5 p. 100, en Irlande, sur 995 morts, 249 ou 26 p. 100 sont causées par l'affection tuberculeuse. Il faut remarquer, d'autre part, que la mortalité est malgré tout plus faible en Irlande, vu la rarcté de la paralysie géuérale dans ce pays.

La fréquence, malheureusement réelle, de la phtisie, suggère à M. Finegan la pensée de combattre la propagation du redoutable microbe dans les asiles par un rigoureux isolement des malades qui offrent les signes manifestes d'une phtisie au début. Il voudrait les voir occuper uu quartier séparé, aboudamment pourvu d'air pur, exposé au soleil, Koch nous ayant appris que la lumière solaire détruit sûrement le bacille tuberculeux. Le régime, l'ameublement, le coucher des malades, le choix du personnel pour ce nouveau quartier devraient être l'objet de

soins spéciaux et l'asepsie y serait rigoureusement pratiquée.

X. — *Les types spasmodique et tabétique de la paralysie générale;* par le Dr Stewart (numéro d'avril). — La paralysie générale se présente sous deux aspects différents : la forme spasmodique, qui paraît avoir une étroite parenté avec l'affection spinale connue sous le nom de paralysie spasmodique primitive et celle qui est liée à l'ataxie locomotrice. Dans cette note, l'auteur étudie parallèlement ces deux types. Il a observé en dix ans 317 paralysés généraux sur lesquels 227 sont morts, 86 d'entre eux (15 p. 100) appartenaient à la variété tabétique.

Les deux affections débutent à des âges différents. L'apparition de la paralysie générale a lieu vers l'âge moyen de trente-neuf ans. Tandis que les spasmodiques débutent à trente-huit ans, les tabétiques sont atteints à 48, dix ans plus tard. En général, c'est entre trente et quarante pour les premiers, entre quarante et cinquante pour les autres que se montre la maladie.

Le même rapport existe entre les deux variétés touchant les décès. La mortalité est la plus forte daus la quatrième décade pour les paralysés généraux ordinaires, dans la cinquième pour les ataxiques.

La durée de la maladie est plus grande chez ces derniers. Elle est de deux à trois ans, tandis qu'elle n'est que dc un à deux ans chez les autres paralysés généraux. Les tabétiques vivent en général plus longtemps que les spasmodiques. Ce fait trouve son explication dans la fréquence plus grande des attaques congestives chez les spasmodiques. Relevons encore ce point de clinique intéressant signalé par M. Stewart : la forme maniaque prédomine chez les spasmodiques et la mélancolie chez les individus affectés d'ataxie locomotrice.

Enfin, le poids moyen du cerveau chez les tabétiques (46 onces) dépasse de beaucoup celui des paralysés généraux ordiuaires (42,7).

La moelle a été examinée chez quarante-deux sujets et l'on a constaté d'autres différences dignes de mention. Elle est atrophiée chez tous les paralysés généraux, mais l'atrophie est plus marquée dans la variété tabétique. La conformation extérieure de la moelle est caractéristiqne dans les deux types. Elargie transversalement et rétrécie dans le sens antéro-postérieur chez les individus atteints de tabes, elle est, au contraire, rétrécie transversalement dans la paralysie générale spasmodique.

XI. — *Effets d'une maladie physique intercurrente sur les*

désordres mentaux; par les Drs Goodall et Bullen (numéro d'avril). — Les auteurs de ce travail passent en revue les nombreuses complications physiques dont l'invasion a été bienfaisante pour les aliénés : exanthèmes infectieux, fièvre typhoïde, érysipèle, fièvre intermittente, choléra, rhumatisme aigu, pneumonie, pleurésie, asthme, influenza, goutte, phlegmon et anthrax. Des améliorations et des guérisons ont été obtenues dans des cas désespérés, plus souvent dans les formes affectives (manie, mélancolie, stupeur) que dans les formes systématisées. Il faut les attribuer à l'action d'un poison introduit dans l'économie par la maladie intercurrente. C'est bien à l'intoxication, non à la fièvre, qu'on est redevable du résultat. Un épileptique observé par Lannois fut atteint successivement d'érysipèle et de fièvre typhoïde. Les attaques ont été suspendues pendant la durée de la première affection fébrile et ont persisté pendant la seconde. Il en conclut que les toxines de l'érysipèle et celles de la fièvre typhoïde ont eu sur l'épilepsie une action différente.

Emmerich a constaté les heureux effets de l'injection des *cocci* de l'érysipèle sur la tuberculose et la diphtérie. D'après lui, l'introduction, dans l'économie, de certaines toxines combat efficacement des maladies d'origine bactérique. En appliquant cette vue aux maladies mentales, on est conduit à voir dans l'action de la maladie intercurrente (érysipèle) la neutralisation d'une toxine par une autre.

Malheureusement les vésanies de nature bactérique bien reconnue sont encore peu nombreuses (délire aigu, états puerpéraux) et l'on est réduit, en attendant mieux, à chercher l'explication de la cure dans un trouble nutritif déterminé par la toxine. Il faut entendre par là un métabolisme plus actif, une énergie accrue de la fonction dépurative. Il permet d'interpréter assez bien les changements apportés par les maladies non seulement dans les folies aiguës, mais encore dans les cas chroniques, par la réparation de tissus dégénérés qui n'auraient pas subi une altération trop profonde.

Mais la neutralisation d'un virus par un autre serait, il faut l'avouer, la plus séduisante explication du phénomène. La nature bactérique des affections mentales est une vérité scientifique qui tend à s'établir. Rasori, Bianchi et Piccinimo, Bezzonico, Bucholtz ont démontré la présence des bacilles dans le délire aigu. Pianese a tiré de la moelle d'un choréique un organisme qui a fait naître chez des animaux du trouble mental et de la chorée. Pelizzi a cultivé le microbe de l'héma-

tome auriculaire. La fréquence de cette tumeur et des phlegmons chez les paralysés généraux peut faire supposer que ces malades sont un terrain favorable au développement du parasite. Si le fait était acquis, pourquoi cet agent microbien, qui exerce ses ravages sur certains départements de l'économie, n'agirait-il pas sur les centres nerveux pour déterminer des attaques épileptiformes et même des accès délirants?

XII. — *La parenté entre la paralysie générale et la néphrite chronique ;* par le Dr Hubert Bristowe (numéro d'avril). — Sur 688 autopsies d'aliénés on a trouvé des lésions du rein 386 fois, 55,8 p. 100.

Sur 75 autopsies de paralysés généraux ces lésions existaient chez 66 sujets, 88 p. 100.

Il y a donc une différence de 33 p. 100 en faveur de la paralysie générale.

Ce fait est frappant et semble indiquer qu'il existe une parenté entre la paralysie générale et la néphrite. Les vaisseaux de la pie-mère et de l'écorce cérébrale ont été examinés : 1° chez des sujets néphrétiques ; 2° chez des paralysés généraux atteints d'affection rénale ; 3° chez deux paralysés généraux n'ayant pas de lésion du rein apparente.

Les deux derniers groupes de sujets présentaient des vaisseaux d'une apparence identique, et semblables à ceux du premier groupe. Tous offraient un épaississement de leur tunique moyenne et, à un certain degré, de l'adventice. Les noyaux, dans ces vaisseaux, sont en général plus nombreux, plus arrondis et l'on voit dans leur voisinage une prolifération de cellules rondes. Dans les cas avancés, le contour du vaisseau devient irrégulier et l'on y découvre des cellules araignées. La prolifération cellulaire occupe à la fois la tunique interne, l'adventice et l'espace périvasculaire. Par les progrès de l'altération qui est la même pour la paralysie générale et le rein granuleux, la transformation fibreuse arrive avec l'occlusion du vaisseau.

Cette identité de lésions suggère à M. Bristowe des remarques pleines d'intérêt.

D'après Heidenheim, J. Sorling, les cellules des capillaires ont pour fonction d'extraire le plasma du sang et de le transformer pour la nutrition des tissus. Ce travail de sécrétion peut s'augmenter par la pression artérielle, qu'elle soit causée par une affection rénale chronique ou par l'action d'un poison. Cet accroissement de travail a pour conséquence l'épaississe-

ment des tuniques vasculaires, avec la prolifération cellulaire et l'hyperplasie du tissu lymphatique. C'est une véritable cirrhose qui se produit, comparable à celle du foie et du rein. La toxémie est démontrée chez les paralysés généraux, dans une certaine mesure, par la présence de l'albumine (Turner).

Trois hypothèses se présentent pour expliquer les relations de la paralysie générale et de la néphrite :

1° La lésion rénale est la cause inévitable de l'altération vasculaire qui produit la péri-encéphalite. On peut opposer à cette vue une objection grave. Certains paralysés généraux n'ont pas de lésion du rein.

2° La fibrose artério-capillaire existe simultanément au début des deux maladies, qui sont les conditions d'une manifestation commune.

3° Les deux affections ont une cause identique qui agit exclusivement sur un groupe d'organes, les artères et les capillaires. C'est la genèse toxique. Le même poison serait capable d'agir à la fois sur les vaisseaux du rein et du cerveau. Ou l'on pourrait admettre plusieurs éléments toxiques, déterminant des manifestations diverses et produisant des lésions cérébrales ou rénales suivant leur nature.

XIII. — *La tendance à la fracture des côtes chez les aliénés* ; par le Dr Alfred Campbell (numéro d'avril). — Les fractures des côtes sont fréquentes chez les aliénés ; on les reproche volontiers dans les asiles à la brutalité des infirmiers. Cependant ils ne sont qu'à moitié responsables de cette lésion quand elle se produit, la fragilité des os la rendant singulièrement facile.

M. Campbell a donné à ce fait une précision scientifique par une série d'expériences. A l'aide d'un instrument ingénieux, inventé par le Dr Mercier, il a éprouvé la solidité des côtes chez cinquante-huit sujets. Cet instrument donne en livres la force capable de produire la rupture des os. La huitième côte a été le type choisi pour l'expérience, l'application de la force étant faite toujours aux mêmes points de la concavité et de la convexité. Un examen microscopique a complété l'expérience en confirmant ses résultats.

Ils sont très concluants, comme on peut le voir ci-après.

La résistance des côtes, dans la paralysie générale, est de beaucoup inférieure à la normale. La huitième côte ayant à l'état sain une résistance de 61 livres selon la convexité et de 65 livres selon la concavité, cette résistance a été, en moyenne,

chez 13 paralytiques, de 44,81 selon la convexité et de 44,41 selon la concavité.

Dans la folie sénile, cette résistance est extrêmement faible, principalement chez les femmes. Tandis que la huitième côte d'une femme adulte, bien portante, se rompt par un poids de 29 livres selon la convexité et de 30 livres selon la concavité, les chiffres correspondants obtenus chez six démentes séniles ont été, en moyenne, respectivement, 11,81 et 11,31.

Chez la plupart des aliénés, la résistance des os est diminuée. Elle a été déterminée chez 35 hommes et 23 femmes. Les chiffres donnés par l'expérience ont été les suivants :

	Convexité.	Concavité.
Hommes.	41,04	42,14
Femmes.	20,68	20,90

On voit que la solidité des côtes n'est pas la même dans les deux sexes. Elle paraît être, en général, moitié moindre chez les femmes. Elle varie encore avec l'âge, augmentant progressivement jusqu'à trente-cinq ans, puis diminuant à partir de cet âge, jusqu'à la vieillesse.

La différence de résistance selon la convexité et la concavité n'est pas aussi marquée qu'on aurait pu croire. Toutefois la rupture selon la concavité a été un peu plus prompte, dans la plupart des expériences.

Cette note est enrichie de nombreux dessins montrant des coupes de côtes à un faible grossissement. On y voit les altérations de structure qui rendent compte de la fragilité des os : amincissement du périoste et du tissu compact, dilatation des canalicules de Havers (état poreux), absorption des trabécules, envahissement de la moelle par des éléments graisseux.

XIV. — *Cas de crétinisme sporadique traités par l'extrait de thyroïde* ; par le Dr Telford-Smith (numéro d'avril). — Ces observations ont été prises à l'asile spécial de Royal Albert. Les malades, trois garçons et une fille, sont âgés de dix à dix-neuf ans et l'affection myxœdémateuse a débuté chez tous vers la cinquième année. Du tableau clinique, très complet, tracé par notre confrère, nous retiendrons : l'aspect chétif, la circulation torpide, l'épaisseur du cou, l'absence de thyroïde; au point de vue mental, la lenteur générale des conceptions et des actes. Le traitement thyroïdien a été suivi d'un plein succès ; ses effets ont été rapides.

Le début a été marqué par l'élévation de la température.

Après deux à trois semaines, la peau s'est desquamée, a perdu sa sécheresse et a commencé à reprendre sa coloration normale. La condition myxœdémateuse a disparu et les lignes du corps sont devenues plus délicates. Tandis qu'une dose excessive tendait à produire l'émaciation, une dose modérée améliorait simplement la nutrition musculaire. Le poids a augmenté, et la deuxième dentition, qui avait été retardée, a fait son évolution normale. Chez deux malades, une hernie ombilicale s'est effacée. Puis, l'état mental s'est modifié et l'apathie et la torpeur ont fait place à une activité intelligente. Le fonctionnement de la nutrition est un guide sûr dans la thérapeutique thyroïdienne. Un amaigrissement trop rapide est une indication d'avoir à diminuer la dose, même si la température se maintient inférieure à la normale.

XV. — *Cas de phénomènes sensoriels morbides remarquables, d'un caractère explosif ou épileptique, résultant d'anciennes blessures à la tête;* par le Dr Drapes (numéro d'avril). — Le sujet de ce cas clinique est un capitaine marin, âgé de soixante-cinq ans, bien constitué, intelligent et instruit. A la fin d'une carrière très mouvementée, il a fait une terrible chute suivie de perte de connaissance. Il a guéri en apparence; mais à dater de cette époque, sa conduite a changé entièrement; il est devenu désordonné et excentrique. Condamné à la prison à la suite d'actes violents, il a été plus tard transféré dans un asile.

Il y a d'abord présenté un état maniaque intense, à forme impulsive. Eminemment destructeur et agressif, son agitation cessait d'être dangereuse si on lui parlait avec douceur; mais elle résistait à tous les médicaments calmants et hypnotiques. Il donnait à ses violences une apparence de raison, se plaignant d'être victime d'une séquestration illégale. Un amendement progressif a été obtenu.

Six mois après son entrée, il s'occupait à la ferme et se faisait remarquer par ses manières courtoises. Puis ont apparu d'autres accidents. C'est d'abord un état dépressif avec malaise, douleur à l'épigastre et au côté gauche, chaleur à la tête sans fièvre (46 pulsations). Il tente alors de s'ouvrir la gorge et cette tentative donne lieu à une hémorragie grave. La réaction est marquée par un mouvement fébrile, des battements intenses siégeant au côté gauche de la tête. Un mois après, il a un nouvel accès de fièvre compliqué d'hallucinations terrifiantes avec conscience de son délire. Dans la suite, il était dans un

état de mélancolie justifié jusqu'à un certain point par sa position misérable, mais il se montrait raisonnable.

Pendant sa convalescence, il a présenté un symptôme dont il avait souffert autrefois, après sa chute. C'était une sensation lumineuse très vive accompagnée d'un bruit strident dans le côté gauche de la tête avec tendance à tomber en arrière, sans perte de conscience. Ce vertige, compliqué de diplopie et de nausées, était nettement localisé.

Deux ans après l'entrée, surviennent des attaques motrices offrant les caractères suivants. Elles débutent par un gonflement de la main droite avec crampes, anesthésie, convulsions et contractures dans les trois doigts internes (la main se mettant en supination) et dans le mollet droit. Après, se produit le phénomène oculo-auditif du « coup de fusil », et la scène prend fin au milieu d'hallucinations pénibles. Le malade revoit des scènes horribles auxquelles il a assisté pendant sa vie. Il est plongé, pendant ces attaques, dans un état intermédiaire entre le sommeil et la veille et il n'accepte aucune nourriture.

Il porte une cicatrice au-dessus du sourcil gauche et une dépression superficielle qui décrit une courbe le long du pariétal, se terminant au centre de la suture coronale. Ces traces de traumatisme ne proviennent pas de la chute grave qu'il a faite autrefois dans la cale de son navire, mais d'une autre cause. On a dû renoncer d'ailleurs à la trépanation en présence de la complexité des symptômes, qui semblaient correspondre à un champ pathologique très étendu. En effet, l'analyse clinique permettait d'assigner aux lésions les circonvolutions suivantes : pariétale ascendante, lobule supra-marginal, temporo-sphénoïdale supérieure.

XVI. — *Affections trophiques intestinales chez les aliénés;* par le Dr Thomas Philip Cower (numéro d'avril). — La diarrhée qui frappe les aliénés atteints de psychose organique ou de paralysie générale a une durée relativement longue et une issue souvent fatale. Cette affection peut revêtir une forme bénigne (flux aqueux, état apyrétique) ou grave (diarrhée compliquée de vomissements, douleur, ténesme, selles sanguinolentes, glaireuses, contenant parfois des produits organiques).

M. Cower en a réuni 32 cas : 22 hommes et 10 femmes. Les âges varient entre vingt-six et soixante-huit ans. A l'autopsie, on trouve des lésions graves de l'intestin. Elles sont ainsi réparties chez les divers malades : congestion par places de l'iléum et du côlon, 3; congestion par places de l'iléum et du côlon avec

hypertrophie de follicules isolés, 3; même lésion avec hémorragies sous-muqueuses, 1; entérite subaiguë, 2; entérite et colite aiguës, 2; ulcération folliculeuse de l'iléum, 3; ulcération folliculeuse du côlon, 4; entérite ulcéreuse (iléum), 3; colite ulcéreuse, 7; entérite et colite ulcéreuse, 4.

Notre confrère regarde ces affections intestinales comme de nature trophique. Il invoque à l'appui de sa thèse la rareté de lésions semblables chez les individus non aliénés, leur fréquence relative chez les aliénés dégénérés, l'absence apparente de causes, la coïncidence des lésions de l'intestin avec d'autres troubles trophiques, leur association avec des maladies des centres nerveux. A la fin du chapitre sont rapportés quelques cas cliniques, dont il nous suffira de donner l'énumération : *Inflammation phlegmoneuse du gros intestin associée à une myélite dorsale. Ulcération folliculeuse de l'iléum chez un paralysé général. Congestion par places de l'iléum et du côlon avec hémorragie chez un paralysé général. Colite ulcéreuse avec paralysie générale des aliénés. Entérite catarrhale chez un paralysé général. Ulcération folliculeuse du côlon chez un paralysé général. Entérite et colite ulcéreuse dans un cas de mélancolie avec stupeur. Colite ulcéreuse chez un paralysé général. Colite ulcéreuse avec paralysie générale des aliénés.*

XVII. — *Notes sur un cas d'épilepsie avec aphasie;* par le Dr Franck Hay (numéro d'avril). — Le malade, âgé de trente-neuf ans, est un héréditaire. Il a fait, à l'asile où il est mort, un séjour de quatorze mois. Bien que son enfance ait été très négligée, il a reçu une instruction assez bonne et a pu embrasser la profession ecclésiastique.

Le trouble mental a débuté par de l'obtusion intellectuelle. Il était d'humeur peu sociable et changeait souvent de séjour. Il se montrait alors bizarre et se plaignait de maux de tête, de faiblesse. Il avait des obsessions, promenant autour de lui des regards effarés. Il eut enfin, à l'église, une attaque d'épilepsie et fut porté à l'hôpital. Après avoir passé par une phase de mal épileptique, il fut agité et dut être admis à l'asile.

Il y a passé par des états alternatifs de mal épileptique et de désordre mental compliqué d'aphasie. Les attaques se présentent comme il suit : inclinaison de la face à gauche avec rotation conjuguée des yeux du même côté; contractions toniques à droite puis à gauche, puis convulsions cloniques alternant dans les deux côtés.

Au point de vue mental, on observe un caractère soupçonneux

et irritable, une agitation impulsive, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

L'aphasie s'étend à tous les modes d'expression de la pensée, en y comprenant la mimique. Dans le langage parlé et écrit, le malade a perdu les substantifs, et, généralement, les mots à signification concrète. Les phrases qu'il prononce et qu'il trace sur le papier sont remarquables par cette lacune et les éléments du discours y sont remplacés par des circonlocutions. Il est incapable d'écrire dans leur ordre les lettres de l'alphabet. Il copie assez bien l'écriture à condition de suivre le modèle, syllabe par syllabe, car il ne conserve pas le souvenir de plusieurs mots à la fois. Le sens musical est atteint. Le malade ne peut émettre un son juste et siffle seulement d'un ton monotone, avouant qu'il a perdu la mémoire des intervalles musicaux. La faculté arithmétique a subi une grave altération. Il ne peut effectuer les quatre règles sans commettre de nombreuses fautes. On a remarqué que la soustraction est la règle où il en fait le moins, les chiffres étant rapprochés et l'opération nécessitant un faible effort de mémoire.

Enfin, le trouble du langage se retrouve dans le geste. Les mouvements simples, usuels, sont aisément produits ; mais ceux qui sortent de l'habitude sont moins parfaitement exécutés. Le malade, qui les accomplit par imitation, ne peut les répéter seul. Tout en ayant conscience de son inhabileté à se faire comprendre par des paroles, il ne songe pas à y suppléer par une pantomime intelligente.

Il est mort dans le marasme.

L'autopsie a montré une légère atrophie des régions frontale et pariétale et une désorganisation complète du tissu cérébral occupant le sommet du lobe temporo-sphénoïdal gauche, intéressant les extrémités antérieures des circonvolutions supérieure, moyenne et inférieure de ce lobe, cette lésion gagne en profondeur ; un courant d'eau dirigé sur la masse cérébrale y creuse une cavité dont les limites atteignent l'insula et l'extrémité antérieure de l'opercule. Cette cavité mesure 25 millimètres dans le sens oblique vertical, 37 dans le sens horizontal ; sa profondeur varie entre 5 et 15 millimètres.

Dr Pons.

BIBLIOGRAPHIE

Le ganglion basal et la commissure habénulaire dans l'encéphale de la salamandre; par A. van Gehuchten, professeur à l'Université de Louvain. — Bruxelles, 1897, Extr. des *Bulletins de l'Acad. r. de Belgiq.*, t. XXXIV.

Le *corps strié* de l'encéphale des mammifères, l'homologue du *ganglion basal* des vertébrés inférieurs, et dont le développement est encore considérable, demeure l'une des parties les plus énigmatiques du cerveau antérieur ou télencéphale. Dans son étude sur le système nerveux des téléostéens, van Gehuchten avait montré (1893) que, chez la truite, le *faisceau basal* est formé de fibres descendantes ou *motrices* et de fibres ascendantes ou *sensitives*. Les fibres motrices ont leurs cellules d'origine dans le *ganglion basal* et se terminent en partie dans la région de l'*infundibulum*. Les fibres sensitives s'arborisent dans le *ganglion basal*, où elles entrent en connexion avec les dendrites des cellules d'origine des fibres descendantes; une partie de ces fibres ascendantes passe par la commissure antérieure pour se terminer entre les cellules constitutives du ganglion basal du côté opposé. Edinger a également trouvé, dans le cerveau antérieur des reptiles, que des fibrilles nerveuses, ramifications ultimes des fibres ascendantes ou sensitives, s'entrelacent, dans le ganglion basal, aux prolongements protoplasmiques des cellules multipolaires dont les axones constituent les cylindraxes des fibres descendantes du faisceau basal. Mais ce savant n'a pas pu poursuivre assez loin les prolongements nerveux de ces cellules pour découvrir leur destination. Chez les batraciens, où la structure et les connexions du ganglion basal sont encore moins bien connues, toutes les fibres du faisceau basal se termineraient, selon Edinger, dans les ganglions du thalamus et du métathalamus : il existerait un *faisceau strio-thalamique* dont les fibres relieraient le télencéphale ou diencéphale; le télencéphale des batraciens serait dépourvu de toute connexion directe avec les parties inférieures du névraxe.

Les recherches de van Gehuchten établissent qu'au niveau du ganglion basal du cerveau de la salamandre, la paroi de

la vésicule hémisphérique est coustituée de deux couches : 1° une couche interne ou *couche granuleuse;* 2° une couche externe ou *couche moléculaire.*

1. — La couche interne est formée de deux espèces de cellules : les cellules épendymaires et les cellules nerveuses, les premières représentées par la rangée des corps cellulaires de ces éléments, immédiatement voisine de la cavité ventriculaire, et dont les prolongements, après avoir traversé toute l'épaisseur des couches granuleuse et moléculaire, se ramifient à la surface libre du télencéphale ; les secondes, les cellules nerveuses, volumineuses, généralement unipolaires, envoyant leur prolongement uniqne vers la couche moléculaire, où de ses divisions et subdivisions naissent un grand nombre de prolongements protoplasmiques qui, sur une très grande distance, s'étendent à travers toute la couche moléculaire. Ces prolongements protoplasmiques sont, à l'exception du tronçon immédiatement voisin du corps cellulaire, pourvus, sur toute leur longueur, de petites épines terminées par un renflement en forme de bouton ou de perle. Décrites et figurées depuis longtemps par Ramon y Cajal (1891) sur les dendrites des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale des mammifères, contestées et rapportées par Kölliker à des productions artificielles dues à un dépôt irrégulier de chromate d'argent, l'illustre histologiste espagnol a, naguère, démontré (1896), à l'aide du bleu de méthylène, que ces épines et les boules qui les terminent existent bien en réalité à l'état normal sur toute la longueur des prolongements protoplasmiques des cellules de l'écorce. Van Gehuchten rappelle, à ce propos, le travail de M^lle^ Stéfanowska *Sur les appendices des dendrites* (1897), qu'elle propose de dénommer *corpuscules piriformes*, et qu'elle croit susceptibles de s'allonger et de se rétracter consécutivement à certains états physiologiques et pathologiques des neurones : « Cette mobilité (des épines de Cajal) permettrait, dit-elle, de supposer que les alternatives d'adhérence parfaite et de défaut de contact entre les prolongements de divers neurones pourraient s'effectuer à l'aide de changements de place auxquels les corpuscules sont aptes. » On sait que M. Mathias Duval a, tout récemment (1897), pris texte de ces inférences pour produire de nouveau sa théorie histologique du sommeil. Sans parler ici des critiques de Lugaro (1), ou tout au moins des réserves de ce savant tou-

(1) *Rivista di patologia nervosa e mentale*, 1897, II, 263.

chant les observations de M^lle^ Stéfanowska (1), observations et expériences d'ailleurs fort ingénieuses et élégantes, il nous paraît très prématuré de les invoquer pour renouveler une théorie qui n'a jusqu'ici pour elle ni Kölliker (2), ni le moindre fait démontré.

Ainsi, par ce caractère morphologique de leurs prolongements protoplasmiques, les cellules du ganglion basal de la salamandre se rapprochent des cellules pyramidales de l'écorce cérébrale des mammifères. Le prolongement cylindraxile de ces neurones, né du tronc protoplasmique à une petite distance de la cellule d'origine, arrivé dans le faisceau basal, constitue une des fibres descendantes ou motrices de ce faisceau; en se recourbant dans le faisceau basal, il émet une ou deux petites branches collatérales qui se ramifient dans la couche moléculaire.

II. — La couche externe, ou *moléculaire*, a une structure plus complexe que la couche granuleuse. On y distingue : 1° les prolongements périphériques des cellules épendymaires ; 2° les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses du ganglion basal; 3° les fibres constitutives du faisceau basal; 4° un entrelacement de fibrilles nerveuses; 5° une zone toute superficielle de fibres nerveuses.

Van Gehuchten donne le nom de *faisceau basal* ou *faisceau pédonculaire* au faisceau compact de fibres nerveuses descendantes ou motrices qui *relie* le *cerveau antérieur* des vertébrés inférieurs aux *parties sous-jacentes du névraxe*, jusque dans la partie supérieure de la *moelle épinière*. « Ces fibres motrices représentent, sans aucun doute, chez les batraciens, le *faisceau moteur pyramidal* ou *cérébro-spinal* des vertébrés supérieurs. On pourrait le désigner sous le nom de faisceau *strio-spinal*. » Mais la voie sensitive centrale forme aussi un élément constituant du *faisceau basal*. Les fibres sensitives ou ascendantes relient les masses grises sensitives inférieures aux cellules autonomes du télencéphale ; ce sont à la fois des fibres *médullo-cérébrales*, *bulbo-cérébrales* et *ponto-cérébrales*. « L'ensemble

(1) Micheline Stéfanowska. *Les appendices terminaux des dendrites cérébraux et leurs différents états physiologiques.* Institut Solvay. Travaux du Laboratoire publiés par Paul Heger. Fasc. III. Bruxelles.

(2) V. la critique de Kölliker sur les hypothèses de Rabl-Rückhard et Duval sur les mouvements amiboïdes des neurodendrones (Kritik der Hypothesen, etc.), dans *Sitzungeber. d. Würzburgen Phys. Med. Gesellsch.*, 9 mars 1895.

de ces fibres sensitives représente, sans aucun doute, dans le névraxe des batraciens, la *voie sensitive centrale* des mammifères. On pourrait l'appeler le *faisceau médullo-bulbo-ponto-cérébral.* » En arrière du chiasma optique, le faisceau basal, en outre de ces fibres motrices et sensitives, semble formé de fibres qui pénètrent dans l'infundibulum et dont van Gehuchten n'a pu établir encore ni l'origine ni la terminaison.

Relativement aux fibres superficielles de la couche moléculaire du ganglion basal, décrites pour la première fois par Cajal dans le télencéphale de la grenouille, et identifiées par lui en partie avec les ramifications terminales du prolongement cylindraxile de certaines cellules qui correspondraient, dans le cerveau des batraciens, aux cellules à cylindraxe ascendant de l'écorce grise des mammifères (Martinotti, Cajal, Retzius), sans parler des ramifications cylindraxiles de quelques cellules superficielles, van Gehuchten avoue n'avoir jamais rencontré, dans ses coupes, de cellules nerveuses à cylindraxe ascendant au niveau du ganglion basal : ces fibres tangentielles proviennent en grande partie, selon lui, de la *commissure habénulaire* du diencéphale. Les fibres constitutives de ce faisceau commissural sont destinées à relier l'une à l'autre les parois externes des vésicules cérébrales : « elles représentent ainsi véritablement, ainsi que Köppen était disposé à le croire, une partie du *corps calleux.* Ces fibres ont, en effet, leurs *cellules d'origine* dans la paroi externe de la vésicule cérébrale et elles vont *se terminer*, en passant par la *commissure habénulaire*, dans la paroi externe de la vésicule cérébrale du *côté opposé* ». En s'épanouissant dans les vésicules cérébrales, ces fibres forment la couche des *fibres tangentielles* décrites, dans la *couche moléculaire*, au niveau du ganglion basal.

En résumé, les recherches si approfondies, et conduites avec une critique si sûre, de van Gehuchten, touchant le ganglion basal du télencéphale et la commissure habénulaire du diencéphale de la salamandre, permettent d'arriver, entre autres, aux conclusions suivantes :

Le *faisceau basal* relie le télencéphale à toutes les régions inférieures du névraxe. Il est formé d'une partie *dorsale*, renfermant les fibres *motrices*, et d'une partie *ventrale*, constituée principalement de fibres *sensitives*, ainsi que de fibres en connexion avec l'*infundibulum*. Les *fibres motrices* peuvent se poursuivre directement jusque dans le *cordon antérieur* de la moelle épinière. Les *fibres sensitives* peuvent être suivies jusque

dans le *cordon antéro-latéral* de la moelle épinière. La *commissure habénulaire* du diencéphale relie l'une à l'autre, au moins par une partie de ses fibres, la paroi externe des deux vésicules cérébrales. JULES SOURY.

Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre; par le Dr Bourneville, médecin de Bicêtre. Tome XVI, année 1895, avec la collaboration de MM. Boncourt, Comte, Dardel, Dubarry, Leriche, Lombard, Noir (J.), Pilliet, Ruel, Sollier, Tissier, internes et anciens internes du service. — Tome XVII, année 1896, avec la collaboration de MM. Mettetal, Noir (J.), Regnault, Rellay, Vaquez et Boyer (J.). 2 vol. in-8° avec figures dans le texte et planches. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*, 1896-1897.

Notre savant collègue, M. le Dr Bourneville, a pris, dès le jour de son entrée à Bicêtre, l'excellente habitude, dont nous le louons fort, de publier tous les ans le compte rendu de son service d'enfants idiots, épileptiques et arriérés. Nous avons sous les yeux les seizième et dix-septième volumes de cette importante collection, qui mérite d'être consultée non seulement par les médecins et les hygiénistes, mais aussi par les éducateurs, les philosophes et les administrateurs. Tous y trouveront des documents intéressants, des sujets de méditation; on y verra surtout ce qu'il a fallu d'efforts, de patiente persévérance et, aussi, de savoir étendu, pour créer, organiser, développer un service médical destiné à ces malheureuses créatures qu'on n'appelle pas sans raison les déchets de l'humanité, dont un grand nombre — plus qu'on n'est tenté de le croire — tirent un réel profit des soins intelligents qu'on leur prodigue. Aujourd'hui qu'il est de mode d'exalter ce qui se passe en dehors de nos frontières pour rabaisser ce qui existe chez nous, il est juste et équitable de rappeler l'œuvre accomplie à Bicêtre par M. Bourneville, œuvre qu'on vient visiter de loin, de très loin, car elle semble avoir ce mérite particulier d'être plus appréciée à l'étranger qu'en France.

Comme leurs aînés, ces deux nouveaux volumes comprennent deux parties distinctes : la première, consacrée à l'histoire du service; la seconde, à la clinique, à l'anatomie pathologique et à la thérapeutique.

L'histoire du service nous initie au mouvement de la population pendant l'année écoulée, nous fait connaître les améliorations apportées dans les modes d'éducation, dans les distractions, dans l'hygiène de ces petits déshérités de l'intelligence. On assiste là, en quelque sorte, à un spectacle vraiment curieux : aux efforts multiples employés pour mettre en activité les cellules cérébrales de ces êtres débiles, arriérés, que tout semble condamner à une nuit intellectuelle complète, à la plus dégradante des existences. Grâce, en effet, à l'éducation patiente, ingénieuse aussi, des différents sens et de la parole, à celle des quatre membres à l'aide de la gymnastique, de la danse et même de l'escrime; grâce à de nombreuses leçons de choses, même à des leçons de toilette, on arrive à transformer ces êtres dégradés, à développer chez eux quelques-unes des facultés qui constituent les attributs de ce *règne humain* d'où la plupart semblaient devoir être à jamais bannis. Sans doute, ce domaine de la dégénérescence a ses degrés, depuis la simple instabilité mentale jusqu'à l'idiotie la plus complète. M. Bourneville fait le départ entre ces diverses variétés, au point de vue de l'éducabilité ou de la complète incurabilité. Dans ce dernier cas, l'hygiène suffit, car où le terrain manque, la culture est inutile; dans le premier, au contraire, il faut employer tous les moyens en usage et l'expérience a prouvé que les résultats sont souvent excellents.

Cette histoire du service amène parfois l'auteur à traiter de certaines questions spéciales ; ainsi dans le dix-septième volume, il en aborde une particulièrement délicate, celle de l'onanisme et de l'hygiène sexuelle chez les idiots et les imbéciles. Quatre à cinq pages très substantielles y sont consacrées ; le sujet, il est vrai, pourrait fournir matière à un volume qui, nous en sommes convaincu, sera écrit tôt ou tard par M. Bourneville lui-même ou par un de ses élèves.

La seconde partie consacrée à la clinique, à l'anatomie pathologique et à la thérapeutique, contient des documents du plus grand intérêt et, aussi, des mémoires sur des points spéciaux, inspirés par le hasard de la clinique ou par l'actualité. Il nous est impossible, en un article bibliographique, nécessairement court, d'analyser ces nombreuses observations si suggestives, toutes suivies d'autopsie, matériaux excellents, qui serviront, plus tard, à la construction d'une œuvre synthétique. Signalons toutefois un certain nombre de faits d'idiotie avec lésions très nettes de méningo-encéphalite diffuse, tout à fait comparables à celles que l'on rencontre dans la paralysie générale de

l'adulte. C'est nn point snr lequel M. Bourneville a, depuis longtemps, appelé l'attention.

L'idiotie myxœdémateuse et son traitement par l'ingestion thyroïdienne occupent nne place importante dans ces deux volumes. C'est une de ces questions d'actualité, qui avait son champ d'étude tout trouvé dans le service des idiots de Bicêtre. Notre savant confrère l'a bien compris ; et, de là, toute une série de recherches dc plus vif intérêt, qui contribuent à l'éclaircissement de ce problème cliniqne et thérapeutique. Après nous avoir relaté *trois cas d'idiotie myxœdémateuse traités par l'ingestion thyroïdienne* (Vol. XV, p. 167) avec amélioration consécutive, M. Bourneville nous donne, dans le même volume, un mémoire important où se tronve étudiée l'*action de la glande thyroïde sur la croissance et l'obésité.* Dans le volume suivant, on peut suivre les excellents résultats obtenus dans le service pour la même méthode thérapeutique ; mais de nouvelles recherches — celles-ci faites par les internes du service — nous renseignent sur l'état du sang chez les sujets myxœdémateux (H. Vaquez), et sur celui des urines chez ces sujets avant et pendaut la médication thyroïdienne (Pajaud).

L'accumulation de tels documeuts permettra d'étudier sous toutes ses faces cette nouvelle méthode de traitement, qui tend à prendre une place de plus en plus grande dans notre arsenal thérapeutique.

Un autre point — celui-ci traité plus particulièrement dans le volume XVII — est celui de l'alcoolisme dans l'idiotie. M. Bourneville l'étudie soit dans l'ascendance des idiots, soit chez les idiots eux-mêmes.

Moreau (de Tours), dans un mémoire bien connn *sur les causes prédisposantes héréditaires de l'idiotie et de l'imbécillité*, lu en 1852 à l'Académie de médeciue, est arrivé à la conclusion qu'on trouvait, chez les ascendants des idiots, l'ivrognerie dans la proportion d'un quart; M. Bourneville démoutre, dans une courte note, que cette influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie est beauconp plus grande aujourd'hui. En effet, dans une statistique portant sur mille enfants de son service, entrés de 1880 à 1890, l'alcoolisme a été relevé : chez le père de 471 eufants ; chez la mère de 84 ; enfin, chez le père et la mère de 65. Ce qui nous donue uue proportion de 62 p. 100, c'est-à-dire près des deux tiers. Voilà, comme le dit avec raison notreauteur, un argument d'une grande force en faveur de

« l'impérieuse nécessité de prendre des mesures énergiques pour entraver le développement de l'alcoolisme ».

Mais l'alcoolisme ne se trouve pas seulement chez les ascendants des idiots, il s'observe aussi chez les idiots eux-mêmes. M. Bourneville en publie deux cas très intéressants, dont l'un s'est terminé par la mort, et ces deux petits alcooliques avaient l'un et l'autre à peine dix ans. Dans la seconde période de l'enfance et dans l'adolescence, on peut observer aussi la *dipsomanie*. « Alors, par accès, on note une *propulsion irrésistible* à boire, surtout des liqueurs fortes, et on voit se dérouler tous les symptômes, se produire tous les actes qui sont le cortège habituel de la dipsomanie chez l'adulte, avec cette différence que, tandis que chez l'adulte, après l'accès de dipsomanie, l'intelligence peut revenir à son degré antérieur, chez l'enfant ou l'adolescent, elle est affaiblie et est compromise si les accidents se multiplient. »

Cette rapide analyse — nécessairement très incomplète — montre cependant les importantes questions scientifiques qui sont abordées daus ce recueil estimé. En lisant ces volumes, on se rappelle presque naturellement les savants rapports médico-administratifs de Renaudin, qui ont été pour cet aliéniste distingué comme la préparation à ses *Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale*. Nous émettons le vœu que, tôt ou tard, notre confrère M. Bourneville, imitant cet exemple, mette en œuvre les nombreux documents ainsi réunis depuis une vingtaine d'années et nous donne ce traité clinique de l'idiotie qu'il nous doit, que l'on attend de lui, qu'il est seul en état, par sa science et sa compétence en la matière, de donner au monde savant. ANT. RITTI.

Internement des aliénés (*thérapeutique et législation*); par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, 1 vol. in-18. Rueff, éditeur, Paris, 1898.

Ce livre se compose de deux parties. Dans la première, M. Garnier étudie dans ses grandes lignes la thérapeutique générale de la folie. Et tout d'abord il montre que l'iudication primordiale du traitement de cette maladie est l'isolement et surtout l'isolement daus un établissement spécial; car, dans la pratique, isolement et internement deviennent à peu près

synonymes. Cette indication varie suivant les divers syndromes psychopathiques. Absolue dans la manie et le délire de persécution, elle n'est que relative dans les autres formes; toutefois, on ne saurait poser de règle invariable, et tout cas d'aliénation doit être étudié á ce point de vue d'une façon spéciale. C'est ainsi que l'auteur, grâce à son expérience et à un examen individuel approfondi, a pu épargner à un sixième environ des malades qui lui sont amenés á la Préfecture de police, ce qu'on est convenu d'appeler la *tare de l'internement*.

M. Garnier proteste avec raison contre l'envahissement des asiles d'aliénés par la démence sénile. A ce fléau, qui n'est d'ailleurs pas spécial aux asiles de la Seine, il eût pu en ajouter plusieurs autres qui sont plus particuliers aux asiles de province et qui tendent à transformer ces établissements en hospices généraux pour les infirmités cérébrales (imbéciles, idiots adultes, dégénérés vicieux, épileptiques non aliénés, etc.).

M. Garnier, suivant l'aliéné à l'asile, indique le mode de traitement qui convient à chaque état, et examine rapidement en passant les mérites du non restreint et du séjour au lit dans les cas aigus. Ce dernier procédé a certainement des avantages, nous l'employons depuis longtemps dans la mélancolie et la stupeur; mais les aliénistes étrangers qui le préconisent passent trop sous silence, à notre avis, ses inconvénients qui sont parfois réels, comme par exemple la contagion des idées de suicide et du refus d'aliments.

Mais l'asile est lui-même un moyen de traitement. Aucune des questions qui concernent son fonctionnement n'est donc indifférente; de là la nécessité d'une direction qui doit être médicale pour être vraiment scientifique, et d'une limitation modérée du nombre des places, pour que le traitement moral individuel puisse subsister.

L'auteur n'est pas trop partisan des médecins-adjoints; mais il ne fait qu'effleurer cette question devenue brûlante, depuis quelque temps. Instrument de guérison excellent jadis, l'asile semble perdre de plus en plus de ses mérites en perdant ses proportions modestes et sa spécialisation. Pourtant, à propos des guérisons, je crains qu'il n'y ait quelque exagération dans l'opinion qui les représente comme devenant de moins en moins nombreuses. De 30 p. 100 en 1853, elles tendraient à tomber à 20 p. 100 de nos jours. Cet abaissement du taux des guérisons n'est pas général, car nos propres statistiques se maintiennent autour du chiffre primitif de 30 p. 100.

Enfin, l'aliéné est guéri et les portes de l'asile s'ouvrent devant lui. Pour plus d'un, la transition sera pleine de périls et les occasions de rechute vont le guetter dès ses premiers pas au dehors. Pour ces convalescents désemparés, le patronage s'impose, et en ne l'organisant pas, la société méconnaît ses devoirs. Aussi M. Garnier insiste-t-il avec raison sur la nécessité d'organiser promptement des sociétés de patronage.

La seconde partie du livre est consacrée à l'étude de la loi de 1838 et des projets présentés aux Chambres à diverses reprises pour la modifier ou la remplacer.

Les critiques dont a été l'objet la législation en vigueur n'ont aucune base sérieuse et proviennent d'ailleurs de publicistes ou de littérateurs incompétents.

Dans le projet voté par le Sénat en 1884, et dans les propositions de loi de MM. Reinach, Lafont et Dubief, certains articles présentent cependant des avantages; par exemple, la création d'asiles spéciaux destinés aux aliénés criminels avec garanties concernant la sortie des individus qui y seront internés; l'organisation de l'assistance des épileptiques; la réglementation du placement volontaire sur la demande du malade lui-même, comme en Ecosse; l'organisation de l'administration provisoire des biens des aliénés sur une base plus efficace; la surveillance des malades traités à domicile, etc.

Mais à côté de ces modifications heureuses, on en propose de pitoyables et d'impraticables, comme la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans les placements. On oublie que la responsabilité d'un tribunal est nulle, alors que celle d'un préfet est réelle; que la tare de l'internement, de purement morale qu'elle est actuellement, deviendrait effective, et que tout recours disparaîtrait pour le malade, pour les parents et les amis, un jugement n'étant pas une mesure immédiatement révocable.

M. Garnier repousse avec raison ces prétendues réformes. Il consentirait cependant à voir augmenter les garanties dont est entourée la séquestration de l'aliéné et se montre partisan de deux certificats, rédigés par deux médecins indépendants l'un de l'autre; le certificat unique continuant à être seul exigible en cas d'urgence. Il y a aussi dans la loi de 1838 une lacune qu'il serait urgent de faire disparaître: c'est l'absence de mesures stipulées contre les individus acquittés pour cause d'aliénation. L'article 64 du Code reconnaît à la folie un droit à l'excuse légale, mais non *à la récidive;* or, les individus relaxés

pour cause d'aliénation mentale, qu'ils soient ou non l'objet d'une mesure d'internement, continuent à être un danger social, puisque leur séquestration et la durée elle-même de cette séquestration sont abondonnées à l'arbitraire administratif.

Enfin, l'auteur réclame la création d'établissements spéciaux destinés à l'amendement et au traitement des alcooliques en raison du danger croissant que cette catégorie d'individus fait courir à la société.

Tel est le résumé succinct et très incomplet des nombreux problèmes abordés par M. Garnier dans ce livre, avec une compétence et une lucidité auxquelles il convient de rendre hommage.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Sui rapporti etiologici tra sogni c pazzia. Delirii e psicosi da sogni (Des rapports étiologiques entre les rêves et la folie. Délires et psychoses consécutifs aux rêves) ; par le professeur Sante de Sanctis. 16 pages in-8°, s. l. n. d.

— Deuxième Congrès national d'assistance tenu du 15 au 19 juin 1897 à Rouen et au Havre. 2 volumes in-8°, 449 et 442 pages. Rouen, imprimerie Cagniard, 1898.

— Discours prononcés à l'occasion des obsèques du Dr E.-U. Mesnet, membre de l'Académie de médecine. 19 pages in-8° avec un portrait. Paris. Imprimerie L. Maretheux, s. d.

— Verslag betreffende hat Gesticht Meerenberg over het jaar 1897, ingezonden aan de Commissie van Toezicht over genoemd Gesticht (Rapport sur l'asile de Meerenberg pour l'année 1897, adressé à la Commission de surveillance de cet asile) ; par le Dr J. Van Deventer, médecin-directeur. 228 pages in-8°. Haarlem. Joh. Enschede en Zonen, 1898.

— Etude sur la lucidité et la démence; par le Dr Jules Dumaz, directeur-médecin de l'asile de Bassens. 165 pages in-8°. Chambéry, 1898.

— Processi criminali studiati antropologicamente (Procès criminels étudiés au point de vue anthropologique) ; par le Dr Cainer. 4 pages in-8°. Extrait de l'*Archivio di psichiatria, scienze penali ed antropologia criminale*, 1898.

— Neurasthénie ; par le professeur Th. Ziehen, d'Iena. 76 pages in-8°. Extrait de la *Real-Encyclopädie des Gesammten Heilkunde* du professeur Albert Eulenburg. Vienne, s. d.

— Contributo clinico sui rapporti fra paranoia acuta ed ossessione (Contribution clinique sur les rapports entre la para-

noia aiguë et les obsessions) ; par le Dr Giuseppe Tonoli, médecin-adjoint du manicome provincial de Brescia. 31 pages in-8°. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1898.

— Sull'opera di Filippo Lussana nella fisiopatologia del sistema nervoso. Commemorazione letta per incarico della Societa medica di Bergamo il giorno 4 febbrajo 1898 (De l'œuvre de Philippe Lussana en physiopathologie du système nerveux. Discours commémoratif prononcé à la Société médicale de Bergame, le 4 février 1898) ; par le Dr D. Giuseppe Antonini. 36 pages in-8°. Bergamo, 1898.

— Atetosi generale. Nota (Athétose générale. Note) : par le Dr Frigerio, du manicome d'Alexandrie. 4 pages in-8°. Alessandria, 1898.

— Profilassi della pellagra (Prophylaxie de la pellagre) ; par les Drs Antonini et Marzocchi. Rapport fait à l'Association médicale de Bergame. 28 pages in-8°, d. l. n. d.

— Etudes sur le cerveau ; par le Dr Paul Flechsig, professeur à l'Université de Leipzig. Traduction L. Levi. 224 pages in-18. Paris, Vigot frères, 1898.

— Contribution à l'étude des lésions spinales dans la paralysie générale ; par le Dr Paul Soucail. 127 pages in-8°. Thèse de Toulouse, 1898.

— Des conditions psychologiques du dépeçage criminel ; par le professeur Nina-Rodrigues, de Bahia (Brésil). 29 pages in-8°. Lyon, A.-H. Storck, 1898.

— Zwei Fälle sogenannter, folie par transformation (folie en commun) ; par le Dr Léo Finkelstein, de l'hôpital Saint-Nicolas à Saint-Pétersbourg. 19 pages in-8°. Extrait des *Jahrbüches für Psychiatrie und Neurologie*. Vienne, 1897.

— De la confusion mentale ; par le Dr Georges Gombault. 117 pages in-8°. Thèse de Paris, 1898.

— Medical expert testimony in the Kelley murder trial (Rapport médico-légal sur l'affaire du meurtrier Kelley) ; par le Dr Walter Channing. 30 pages in-8° avec planches. Extrait de l'*American Journal of Insanity*, 1898, n° 3.

— Physiologie de la volonté ; par le Dr Dallemagne. 1 vol. in-12 (203 pages) de l'*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*. Paris, Masson et Cie, s. d.

— Rapport sur le traitement familial des aliénés adressé au Conseil général de la Vendée (session d'avril 1898) ; par le Dr Cullerre, directeur-médecin de l'asile d'aliénés. 18 pages in-8°. La Roche-sur-Yon, 1898.

— Les états neurasthéniques ; par le Dr Gilles de la Tourette, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. in-16 carré de 92 pages, cart. Paris, J.-B. Baillière, 1898.

— Les troubles trophiques de la paralysie générale. Etude

clinique et statistique; par P. Cololian, interne de l'asile Sainte-Anne. 48 pages in-8°. Extrait des *Archives de neurologie*, 1898, nos 25 et 27.

— La pubertà studiata nell' uomo e nella donna in rapporto all' antropologia, alla psichiatria, alla pedagogia ed alla sociologia (La puberté étudiée chez l'homme et chez la femme dans ses rapports avec l'anthropologie, la psychiatrie, la pédagogie et la sociologie); par le Dr Antonio Marro, médecin en chef du manicome de Turin. 1 vol. in-8° (507 pages avec 4 tableaux graphiques et 4 figures) de la *Biblioteca antropologico-giuridica*. Torino. Fratelli Bocca, 1898.

— Ueber die sexuellen Ursachen der Neurasthenie und Angstneurose (Des causes sexuelles de la neurasthénie et de la névrose anxieuse); par le Dr Félix Gattel, de Berlin. 68 pages in-8°. Berlin, Aug. Hirschwald, 1898.

— L'alcoolisme chez l'enfant; ses causes et ses effets en pathologie mentale; par le Dr Antony Rodiet, interne des asiles de la Seine. 99 pages in-8°. Thèse de Paris, 1897.

— Instituciones y servicios de enajenados en Europa i Estados-Unidos. Informe presentado al superno gobierno (Institutions et établissements des aliénés en Europe et aux Etats-Unis. Rapport présenté au gouvernement); par le Dr Beca. 1 vol. in-8° de 380 pages. Santiago de Chile, 1898.

— Des mouvements automatiques rhythmiques; par le Dr E. Gauthier, interne de la Maison nationale de Charenton. 43 pages in-8°. Thèse de Paris, 1898.

— Igiene dell' anima (Hygiène de l'âme); par le Dr Giuseppe Antonini, médecin du manicome provincial de Bergame. 20 pages in-8°. Extrait de *Giornale della Reale Societa italiana d'igiene*, numéro d'avril 1898.

— A paranoia. Essaio pathogenico sobre os delirios systematisados (La Paranoia. Essai sur la pathogénie des délires systématisés); par le Dr Julio de Matto, médecin directeur de l'hôpital du Comte de Ferreira. 189 p. in-12. Lisboa, 1898.

— Notice sur l'Institut médico-pédagogique par le traitement et l'éducation des enfants arriérés ou nerveux des deux sexes, à Vitry-sur-Seine, près Paris. 4e édit. 16 pages in-18. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1897.

— L'hyoscine. Revue générale, par le Dr Lalanne, médecin-adjoint de l'asile de Moréville. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue médicale de l'Est*, 1898.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 25 mars 1898. — M. Gruhier, rédacteur au ministère de l'Intérieur, est nommé directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. Bezombes, appelé à d'autres fonctions.

— *Arrêté du 5 avril* 1898 : M. le Dr Pozzi, chirurgien en chef des asiles de la Seine, est nommé chirurgien consultant de ces établissements ; M. le Dr Picqué, chirurgien-adjoint des asiles de la Seine, est nommé chirurgien en chef, et M. le Dr Mauclaire, professeur à l'école des infirmières de l'asile Sainte-Anne, est nommé chirurgien adjoint de ces asiles.

— *Arrêté du 20 avril* 1898 : M. Raoul, inspecteur des enfants assistés du département de la Seine, est nommé directeur de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), par permutation avec M. Gruhier.

— Le concours (1) pour une place de médecin-adjoint des services d'aliénés de l'hospice de Bicêtre s'est terminé par la nomination de M. le Dr Nageotte, ancien interne des hôpitaux.

— Aux dernières élections législatives, M. le Dr Dufour, directeur-médecin de l'asile Saint-Robert (Isère), a été élu député de Grenoble.

NÉCROLOGIE

Dr L. Guillemin. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Léon-François Guillemin, médecin en chef de la section des hommes à l'asile d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse), décédé le 1er juin 1898, à l'âge de quarante-six ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

(1) Le jury de ce concours, qui s'est ouvert le 5 mai dernier, se composait de MM. Aug. Voisin, Charpentier, Séglas, médecins aliénistes des hôpitaux ; Siredey, Widal et Queyrat, médecins des hôpitaux, et Marandon de Montyel, médecin des asiles de la Seine. — Les candidats étaient au nombre de quatre : MM. Boissier, Nageotte, J. Noir et Roubinowitch.

C'était un médecin distingué qui, par son caractère, son dévouement pour les malades, ses travaux scientifiques, honorait le service des aliénés, auquel il était attaché depuis plus de vingt ans : il était entré comme interne dans les asiles en 1878, et était devenu successivement médecin-adjoint et médecin en chef.

Les *Annales* perdent en Guillemin un collaborateur ; parmi les travaux qu'il y a publiés, nous signalerons surtout les deux suivants : *Contribution à l'étude de l'hystérie alcoolique* (n° de mars 1888) ; *Contribution à l'étude de la rémission dans la paralysie générale* (n° de novembre 1891).

Les obsèques de notre confrère ont eu lieu à Dôle (Jura) : mais la veille du départ du corps pour sa dernière demeure, une cérémonie touchante eut lieu à l'asile de Montdevergues, à laquelle prirent part les autorités du département, tout le personnel de l'asile, un grand concours d'amis. Trois discours ont été prononcés : par le préfet de Vaucluse ; par le Dr Rey, conseiller général, directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Aix-en-Provence, et par le Dr Pichenot, médecin en chef de la section des femmes de l'asile de Montdevergues. Nous reproduisons ce dernier discours, qui donne des détails intéressants sur la vie et le caractère de notre regretté collègue.

Discours du Dr Pichenot.

Messieurs,

L'asile de Montdevergues est en deuil ; nous disons adieu aujourd'hui à un homme de bien et c'est le cœur profondément ému que je viens rendre un dernier hommage à celui qui fut mon collègue et mon ami.

Léon-François Guillemin est né le 15 février 1852 à Besançon où il a fait toutes ses classes. Au cours de ses études médicales il fut d'abord interne des hôpitaux dans sa ville natale, puis ses tendances l'ayant porté vers la spécialité des maladies mentales, il débuta dans la carrière comme interne de l'asile d'aliénés de Dôle, le 15 mai 1878. En 1883, il soutenait devant la Faculté de médecine de Paris sa thèse de Doctorat sur la valeur des signes de la guérison chez les aliénés, sujet des plus intéressants, travail sérieux qui était le résumé de ses observations cliniques pendant plusieurs années.

Peu de temps après, le 30 septembre 1883, l'administration supérieure le désignait pour occuper dans le même établissement le poste de médecin-adjoint. Il eut ainsi la joie de rester, non loin de sa famille, au milieu de ses chers malades et de ses amis.

Le 28 août 1893, il était nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues. Depuis cinq ans bientôt qu'il était parmi

nous, il avait conquis l'estime et l'affection de tous ceux qui ont su le connaître et apprécier ses qualités.

Epoux dévoué, homme de cœur, excellent confrère, travailleur modeste et consciencieux, il connaissait tous les détails de son service, observait ses malades avec intelligence et sagacité, savait s'attirer leur affection en les aimant lui-même et a toujours défendu leurs intérêts même aux dépens de sa tranquillité personnelle.

Depuis quelque temps déjà sa santé était sérieusement ébranlée par une maladie qui le minait sourdement et, l'année dernière, à pareille époque, il nous quittait pendant trois mois. C'était un congé de trop courte durée pour lui permettre de se rétablir. A son retour, il paraît un instant reprendre le dessus ; mais bientôt ses forces le trahissent de nouveau et des attaques malveillantes dirigées contre lui, viennent encore aggraver ses souffrances physiques. Il repousse néanmoins les conseils les plus pressants de ses confrères et de ses amis : il ne consent pas à se condamner à un repos absolu ; il lutte contre le mal, poursuit sa tâche et veut aller jusqu'au bout, suivant son expression.

Son état s'est subitement aggravé, et malgré tous les efforts de la science, malgré le dévouement à toute épreuve et les soins affectueux de sa chère compagne, il s'est éteint avant-hier, terrassé par le mal implacable, à quarante-six ans, dans la force de l'âge, à une heure qui n'était pas la sienne, après avoir consacré au service des aliénés vingt ans de sa trop courte existence.

Adieu, regretté Collègue ; une pensée nous console en nous éloignant de votre dépouille mortelle, c'est que vous ne mourez pas tout entier ; vous vivez encore dans l'amour de votre digne épouse, dont la douleur est si grande et dont les soins si dévoués ont adouci vos derniers moments. Vous vivez dans la pensée de vos parents, de vos amis ; dans l'estime des médecins aliénistes et de vos confrères de la Société médicale de Vaucluse dont je suis heureux d'être ici l'interprète. Vous vivez dans les respects de l'asile de Montdevergues, dans les regrets affectueux de votre Collègue et des Internes du service médical ; dans le souvenir de vos malades et de tous ceux qui, de près ou de loin, vous ont aidé dans votre tâche parfois si pénible.

Nous vous saluons une dernière fois et nous adressons à votre compagne, à votre famille si cruellement éprouvées l'expression de notre sincère et douloureuse sympathie.

Adieu, bien cher ami, ou plutôt au revoir !

BANQUET DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Le banquet annuel de la Société médico-psychologique a eu lieu, le 25 avril, à huit heures du soir, au restaurant Marguery. Dix-neuf convives y ont pris part, au nombre desquels nous avons été heureux de compter notre excellent collègue, M. Doutrebente, médecin-directeur de l'asile de Blois. Au dessert, le président de la Société, notre aimable confrère M. Meuriot, s'est levé et a porté le toast suivant, que nous nous faisons un plaisir de reproduire :

« Messieurs et chers Collègues,

« C'est une des plus agréables prérogatives attachées à la présidence de la Société médico-psychologique de Paris, que celle de présider notre banquet annuel. Vous m'avez fait l'honneur de m'appeler cette année à diriger vos travaux, ce dont je vous serai toujours profondément reconnaissant; aussi est-ce comme président qu'aujourd'hui je viens porter le premier toast vers la fin de notre réunion amicale, et suivant l'usage vous proposer de vider nos verres en l'honneur de la Société médico-psychologique.

« Jamais aucun siècle ne fut plus tourmenté que le nôtre, par le souci de l'humanité et par la pitié pour les malades et les misérables. Ce sera l'éternel honneur des temps modernes que d'avoir eu si vives, au milieu du plus prodigieux développement économique, la préoccupation des faibles, la tendresse des deshérités. Nul n'est étranger à l'effort de tous vers un idéal de solidarité, de justice, de charité et de bonté. Le grand mouvement scientifique auquel nous assistons n'est pas indifférent à cette tendance vers le bien, à cette marche en avant, pour l'amélioration du sort des malheureux et des disgraciés de la nature. La psychologie, l'étude de l'aliénation mentale, celle de ses rapports avec la criminalité qui font le sujet principal des travaux de notre Société, n'ont-elles pas fait de grands progrès, et le sort des aliénés, des idiots, des criminels, n'a-t-il pas été grandement amélioré à notre époque? La part qui revient à la Société médico-psychologique de Paris dans ce progrès n'est-elle pas manifeste et peut-elle être contestée? Un fait déjà ancien et dont on parlait encore avec émotion il y a vingt ans, à l'époque où je fus nommé membre titulaire, est une preuve de l'importance du rôle de notre Société et de son influence, même à l'étranger; il m'a beaucoup frappé et je veux le rappeler, car bien des membres nommés postérieurement l'ignorent sans doute.

« Il y a une trentaine d'années, en Espagne, un de nos

membres associés étrangers fut un jour arrêté et incarcéré avec deux autres médecins de ce pays et trois honorables négociants, tous les six accusés de séquestration arbitraire. Je ne veux pas entrer dans les détails de l'affaire, ce qui serait trop long et déplacé ici. Je me borne à dire que tous les accusés furent condamnés sévèrement à des peines variant de dix-huit à vingt ans de prison. La Société médico-psychologique intervint en faveur de ces confrères et rédigea un rapport très documenté qui, présenté aux juges d'appel, produisit une grande impression, et tous les accusés furent relevés des condamnations qui leur avaient été infligées injustement.

« N'est-ce pas là un souvenir dont la Société a le droit d'être fière encore aujourd'hui? Un épisode curieux mit fin à ce procès qui, à l'époque, eut un grand retentissement; le principal accusé, notre confrère et collègue, fut fait commandeur de Charles III et nommé commissaire extraordinaire pour l'inspection de tous les asiles d'aliénés de l'Espagne, et quelques mois plus tard, les membres de votre commission, MM. Brierre de Boismont, Delasiauve, Loiseau et Legrand du Saulle, étaient nommés, le premier commandeur d'Isabelle la Catholique, et les trois derniers chevaliers du même ordre.

« Vous le voyez, Messieurs et chers collègues, nous avons le droit de porter haut le drapeau de notre Société; aussi est-ce avec fierté que je vous invite à boire à la Société médico-psychologique et à son avenir. L'avenir est ici représenté par les membres nouvellement élus de la Société, par les lauréats que nous avons couronnés aujourd'hui et par notre aimable et sympathique vice-président le Dr Jules Voisin, à qui vous avez confié la présidence pour l'exercice prochain. Messieurs et chers collègues, à la Société médico-psychologique de Paris, à nos lauréats, à notre vice-président M. le Dr J. Voisin! »

Ce petit discours, qui fait ressortir avec tant d'à-propos les services qu'a déjà rendus, que peut rendre encore notre Société, a été unanimement approuvé et vivement applaudi. M. J. Voisin, vice-président, y a répondu, en portant un toast chaleureux au président. Puis, M. Doutrebente, se faisant l'interprète des membres correspondants, a bu à la Société médico-psychologique, dont il est déjà un des plus anciens membres; il a exprimé le vœu de voir l'année prochaine un plus grand nombre de médecins des asiles des départements assister à ces agapes confraternelles. M. Motet ayant eu l'amabilité de porter un toast au secrétaire général, celui-ci a saisi l'occasion pour boire aux sept anciens présidents qui assistaient au banquet : MM. Bouchereau, Charpentier, Christian, Falret, Magnan, Motet et Aug. Voisin, tous plus zélés que les jeunes pour prendre part à ces fêtes de famille.

Dans les conversations qui suivirent le dîner, il fut surtout question du Congrès international de médecine de 1900 : l'accord semblait unanime pour aider au succès de la section de psychiatrie, et recevoir dignement nos collègues de l'étranger dont un grand nombre sont membres associés de la Société médico-psychologique. On verra plus loin les premiers efforts qui ont été faits pour arriver à ce résultat désiré.

ŒUVRE DE PATRONAGE POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DES ASILES PUBLICS DE LA SEINE

Le compte rendu moral et financier, pour l'exercice 1897, de cette œuvre si utile vient de paraître. Il est dû, cette année comme l'année dernière, à la plume de M. le Dr Jules Falret, le dévoué président du Comité administratif. Comme tous les ans, nous nous faisons un devoir de résumer ce document si intéressant, en nous arrêtaut sur les trois points principaux de l'œuvre : l'asile-ouvroir ; les secours à domicile et les réunions du dimanche ; enfin, le compte financier.

1° *Asile-ouvroir.* — Pendant l'année 1897, le mouvement de cet asile a été le suivant :

Convalescentes présentes au 1er janvier 1897. . .	36
Entrées dans l'année.	74
Total de l'année.	110
Ont été placées dans Paris	69
Ont été réintégrées à l'asile Sainte-Aune, . . .	2
Décédées	1
Présentes à l'asile le 31 décembre 1897.	38
Total égal.	110

M. Falret fait ressortir avec raison que, sur le total de 110 patronnées, 69 ont pu être placées dans Paris, ce qui représeute un chiffre vraiment considérable de patronnées rentrées dans la vie commune, et plaide en faveur de l'incontestable utilité de l'œuvre.

2° *Secours à domicile et réunions du dimanche.* — « Les secours à domicile, qui constituent en réalité le fond de notre Œuvre, écrit M. J. Falret, se trouvent malheureusement restreints à un trop petit nombre de patronnés, hommes et femmes, vu la trop grande exiguïté de nos ressources pécuniaires et le nombre sans cesse croissant des aliénés guéris, convalescents ou inoffensifs, qui sortent tous les ans des six asiles de la Seine. »

Malgré ces difficultés, beaucoup de bien se fait encore par ce moyen ; et il est à désirer que des ressources plus grandes et

une organisation plus complète permettent de développer ce mode de patronage.

Quant aux réunions du dimanche, elles continuent d'être très fréquentées. L'asile de Grenelle est, en effet, « devenu le centre naturel vers lequel convergent tous les patronnés de la capitale » ; ils y trouvent cette assistance matérielle et morale dont ils ont si grand besoin. !

En 1897, le mouvement général de secours distribués à domicile ou à l'asile de Grenelle, peut se résumer ainsi : on a distribué aux convalescents en liberté la somme totale de 5,084 francs à 635 personnes, dont 402 femmes et 233 hommes.

3° *Compte financier.* — Ce compte peut se résumer dans le tableau suivant :

RECETTES

1° Recettes intérieures (intérêts de rente, travail du personnel, etc.) Fr.	6.979	»
2° Recettes dues à la charité privée (souscriptions, assemblée de charité, loterie, etc.)	27.513	40
3° Subvention du ministère de l'intérieur . . .	900	»
4° Legs de M. Marjolin	3.000	»
Total. Fr.	38.392	40

DÉPENSES

1° Frais d'administration et d'entretien . Fr.	11.276	45
2° Frais applicables au personnel secouru . . .	24.118	75
3° Achat de 86 fr. rente 3p. 100 legs Marjolin.	2.997	20
Total. Fr.	38.392	40

La situation, comparée à celle de l'année dernière, est certainement beaucoup plus brillante. Les recettes ont été plus grandes et, par suite, plus de malheureux ont pu être secourus. Félicitons de ce succès, que nous souhaitons plus grand encore pour l'année 1898, le Comité administratif de l'Œuvre du patronage et surtout son dévoué président, notre vénéré maître et ami, M. J. Falret, qui en est véritablement l'âme, car il met au service de cette belle création de son illustre père toute son activité, une constante persévérance, enfin cette chaleur de cœur qu'il finira, nous l'espérons, par communiquer aux plus indifférents. Grâce à lui, le jour n'est peut-être pas loin où l'on comprendra que les aliénés indigents, renvoyés convalescents des établissements d'aliénés où ils ont été traités, ont autant de droit à l'intérêt du public et de l'administration que les malades qui, à leur sortie des hôpitaux ordinaires où ils ont été soignés et guéris, trouvent de magnifiques asiles de conva-

lescence à la campagne, dans les environs de Paris, où il leur est loisible de rester le temps nécessaire au rétablissement complet de leur santé.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

41. *Homicide commis par un paralytique général.* — On télégraphie de Saint-Pétersbourg à l'*Agence Havas* (12 avril 1898) :

Hier, un individu portant une casquette à cocarde et décoré de la croix de Saint-Stanislas a accosté un sergent de ville en faction à la porte du préfet de Saint-Pétersbourg, et lui a demandé de faire sortir le général de Kleigels.

Comme on l'invitait à entrer dans le vestibule de la chancellerie, il s'écria : « Tu ne veux pas obéir! » Et, tirant un revolver, il fit feu et atteignit en pleine poitrine le sergent de ville, qui expira pendant qu'on le transportait à l'hôpital.

Le meurtrier, qui est le lieutenant-colonel en retraite Sawitch, est atteint d'une paralysie progressive du cerveau.

Il avait l'intention de tuer le préfet, croyant par là faire aboutir plus vite une demande qu'il avait présentée au Sénat.

42. *Les suites lointaines d'un attentat anarchiste.* — Nos lecteurs se souviennent de l'explosion d'une bombe, il y a trois ou quatre ans, en plein quartier latin, au restaurant Foyot. La bombe avait été placée sur le rebord extérieur d'une fenêtre, rue de Condé; l'explosion fut si forte que les façades de plusieurs immeubles voisins furent ébranlées. Le poète Laurent Tailhade fut blessé grièvement; le garçon qui le servait, Joseph A..., reçut dans la tête des éclats de verre et dut subir une opération.

Depuis cette époque, Joseph A..., qui était resté garçon de restaurant, mais qui avait quitté la maison Foyot, avait présenté à diverses reprises des traces de dérangement d'esprit ; même, à un moment, on dut le surveiller de près, mais il paraissait, ces temps derniers, être revenu complètement à la santé.

Ce matin, vers quatre heures, la femme de Joseph A... fut réveillée en sursaut par des cris qui retentissaient dans sa chambre. Son mari, absolument nu, était occupé à se badigeonner le corps d'huile ; ce faisant, il poussait des cris incohérents, au milieu desquels revenaient ces mots :

— Ah! ces anarchistes ! Ça y est! ça y est!

Puis, soudain, le malheureux s'empara d'un rasoir, l'ouvrit, le brandit au-dessus de sa tête, hurlant :

— Je les tuerai!

La femme, terrifiée — on l'eût été à moins — se leva, prit

son enfant et se précipita dans l'escalier, en chemise. Le concierge lui donna asile.

Cependant, le malheureux, qui s'était blessé à l'épaule en brandissant son rasoir, rendu plus furieux encore par la douleur, s'était mis à casser et à briser tous ses meubles qu'il jeta dans la rue.

Les agents intervinrent ; mais il fallut une lutte véritable pour se rendre maître du fou, qui heureusement avait abandonné son rasoir. Les agents le terrassèrent enfin, l'enveloppèrent avec les draps de son lit, nouèrent ceux-ci au-dessus de sa tête et le transportèrent, ainsi accommodé, aux bureaux de M. Vollet, commissaire de police du quartier de la Monnaie. La foule accompagnait ce singulier colis, qui faisait des contorsions terribles et d'où sortaient des cris inarticulés.

Ce magistrat a fait diriger aussitôt Joseph A... vers l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du jeudi 14 avril 1898.)

43. *Un inspecteur de police tué par un aliéné.* — On lit dans le *Temps* (numéro du vendredi 15 avril 1898) :

M. Grimal, commissaire de police du quartier de Plaisance, était prévenu, hier soir, qu'un ancien cuisinier, nommé Besnard et demeurant avec sa femme et son fils, 51, boulevard Brune, avait été pris le matin d'une crise de folie.

« Mon mari, dit au commissaire M^me^ Besnard, a déjà été interné dans un asile d'aliénés. Il en était sorti récemment et nous le croyions guéri, quand ce matin le mal l'a repris. Il nous a menacé tout à l'heure de mettre le feu à la maison. Ne pourrait-on, momentanément, le ramener à l'hospice? »

M. Grimal y consentit et chargea de cette mission l'inspecteur Jean Royer. Accompagné de deux gardiens de la paix, celui-ci se rendit boulevard Brune ; mais, pour que Besnard ne se doutât de rien, il pénétra seul dans l'appartement, laissant les deux agents à la porte.

Besnard était couché. L'inspecteur lui expliqua qu'on avait à lui faire, au commissariat, une communication urgente.

— Voulez-vous, ajouta-t-il, que je vous attende? Nous y retournerons ensemble.

— Volontiers, répondit le fou, qui, sautant aussitôt de son lit, commença à se vêtir.

Jean Royer, sans défiance, le regardait faire. Tout à coup, Besnard, qui venait de se baisser pour prendre ses souliers, se redressa, un couteau à la main, et plongea son arme tout entière dans le ventre de Jean Royer.

L'inspecteur tomba sans même pousser un cri ; mais après quelques minutes d'attente, les gardiens de la paix, ne le voyant pas revenir, pénétrèrent à leur tour dans la chambre. Le

malheureux ne respirait plus qu'à grand'peine. Dans un coin, le fou, qui avait jeté son arme, se cachait, apeuré.

On le ligotta et, dans une voiture, on le conduisit à l'infirmerie du Dépôt. Pendant ce temps, un médecin appelé en toute hâte donnait ses soins au blessé, qu'on transporta ensuite à l'hôpital Broussais ; mais Jean Royer mourut en route.

Le couteau avec lequel il a été frappé est un fort coutcau de boucher, que Besnard avait acheté il y a seulement quelques jours. Bien qu'on ne croie pas à un acte prémédité de la part du cuisinier, cette circonstance particulière motivera une enquête approfondie ainsi qu'un examen minutieux de l'état mental de Besnard.

Le surlendemain (dimanche 17 avril), le *Temps*, revenant sur cet affreux accident, donnait les renseignements complémentaires suivants :

L'assassin de l'inspecteur de police Royer avait été interné pendant plusieurs mois à l'asile de Villejuif, et plusieurs journaux ont reproché à l'administration de l'hospice d'avoir relâché ce fou que, chez lui, chacun considérait comme extrêmement dangereux.

Mais Besnard n'a pas été relâché de Villejuif. L'administration de l'asile avait même refusé de rendre à M^me^ Besuard son mari qu'elle réclamait, voici dix mois environ. L'aliéné ne paraissait, en effet, pas suffisamment guéri et le médecin s'opposa à sa mise en liberté.

Besnard apprit la demande que sa femme avait formulée et le refus de l'administration. Il en éprouva une vive déception et ne songea plus qu'à s'échapper. Il y parvint, s'évada en sautant par-dessus un mur et rentra chez lui. La préfecture de police, avertie par l'administration de l'asile, demanda à M^me^ Besnard de le renvoyer à Villejuif. Mais l'aliéné semblait à ce moment très calme et parfaitement inoffensif. Sa femme voulut le garder chez elle, et il fut seulement convenu qu'à la première crise de folie M^me^ Besnard avertirait aussitôt la préfecture de police.

Besnard était dans une crise particulièrement dangereuse lorsque sa femme se rendit chez M. Grimal, commissaire du quartier de Plaisance. Elle fut suivie, au commissariat, de son propriétaire qui venait raconter que sa maison devenait inhabitable et que les locataires s'effrayaient des menaces du fou, qui voulait mettre le feu à l'immeuble. C'est alors que M. Grimal envoya chez Besnard son inspecteur Royer avec quatre agents.

L'enquête commencée établit déjà que Besnard était réellement fou ; comme tous les aliénés, il avait une idée fixe : se venger de ceux qui voulaient son interement. Il apprit que sa femme s'était rendue au commissariat et s'empara d'un long

couteau de cuisine dans le tiroir de sa table ; il cacha ce couteau, résolu à s'en servir si l'on voulait le ramener à Villejuif. Après avoir frappé Royer, il se recoucha, très calme, disant :

— C'est bien ! maintenant je suis vengé...

Les évasions se multiplient dans les asiles d'aliénés et se reproduisent avec une fréquence inquiétante. Le régime des internés va donc être modifié dans les asiles de la Seine et le système anglais y sera prochainement essayé (1).

Quant à Besnard, il est toujours à l'infirmerie et dans un état de surexcitation tel qu'on a dû lui mettre la camisole de force pour éviter quelque nouvel accident.

44. *Une mère qui se tue avec ses deux enfants.* — Une dame Perdrillot, âgée de trente-quatre ans, s'est asphyxiée, hier, avec ses deux enfants, dans son domicile, rue Boursault, 11. Cette malheureuse femme, qui était mariée à l'aide-concierge du parc Monceau, et qui vivait dans une aisance relative, avait eu l'esprit quelque peu dérangé, au moment de ses dernières couches, il y a six mois.

Hier, après le déjeuner, M^me^ Perdrillot revêtit sa plus belle toilette. Les voisins qui l'aperçurent ne remarquèrent, d'ailleurs, rien d'extraordinaire dans sa conduite. Les enfants, deux garçons de trois ans et de six mois, semblaient fort gais. Puis, comme le silence s'était fait dans le logement de M^me^ Perdrillot, il pensèrent qu'elle était sortie.

Un peu après sept heures, le mari rentrait chez lui. Dans la chambre à coucher il trouva sa femme et ses deux enfants inanimés. Au milieu de la pièce, le charbon achevait de se consumer dans le poêle de la cuisine, que la malheureuse folle avait démonté et transporté près de son lit.

Le médecin qui a été aussitôt appelé n'a pu que constater le décès de M^me^ Perdrillot et de ses deux enfants. (Le *Temps*, n° de samedi 16 avril 1898.)

45. *Suicide d'une alcoolique.* — Une femme de trente-quatre ans, Julia Vernier, en proie à un accès de délire alcoolique, s'est précipitée, avant-hier soir, du haut de la passerelle des Buttes-Chaumont. Elle s'est tuée sur le coup. (Le *Figaro*, numéro du mercredi 20 avril 1898.)

46. *Tentative d'étranglement.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du 22 avril 1898) :

« Un drame de la folie s'est passé, hier matin, vers sept heures, dans le quartier Bonne-Nouvelle, rue Guérin-Boisseau.

(1) Nous laissons au journal le *Temps* toute la responsabilité de ses appréciations et de ses critiques, que nous reproduisons avec notre impartialité habituelle. — N. D. L. R.

« Une couturière, Mlle Berthe Boucher, passait devant le n° 48 de cette voie, lorsqu'un individu traversa la rue, lui sauta à la gorge et tenta de l'étrangler.

« Des passants se précipitèrent au secours de la malheureuse et purent la dégager de l'étreinte de son agresseur, qu'on parvint à maîtriser non sans peine.

« Conduit au commissariat de M. Antona, cet individu, un pauvre fou, du nom d'Emile Guérin, âgé de dix-huit ans, demeurant chez ses parents, rue Beaubourg, et qui est en proie, depuis plusieurs mois, à des attaques de folie furieuse, a déclaré qu'en sa qualité d'Américain il avait voulu étrangler l'Espagne.

« On l'a emmené à l'infirmerie du Dépôt. Sa victime a été reconduite à son domicile. »

47. *Un homme qui se trompe d'appartement.* — Le baron A... rentrait, hier soir, en son hôtel, qui se trouve dans le quartier des Champ-Elysées. Il se dirigeait aussitôt vers sa chambre à coucher. Mais quel ne fut pas son étonnement quand il constata que cette pièce intime était occupée par un individu qu'il ne connaissait pas :

— Que faites-vous ici? lui dit-il.

— Vous voyez bien! Je me couche!

Et, ce disant, l'homme, qui avait déjà quitté sa redingote et son gilet, continua à se dévêtir.

— Ah çà! vous allez vous rhabiller immédiatement, s'écria le baron, et me suivre au poste de police.

— Vous plaisantez sans doute, répondit paisiblement l'inconnu, tout en ôtant ses chaussettes. Je suis ici chez moi vous ne l'ignorez pas, et feriez bien vous-même de me laisser reposer tranquillement.

Le baron croyait rêver. Il sonna ses domestiques et leur demanda qui était cet homme et comment il avait pu pétrétrer en cet endroit. Aucun d'eux ne put répondre à la double question. Enfin, les propos incohérents tenus par le visiteur finirent pas éclairer la religion du baron à son égard; il était en présence d'un fou.

Au commissariat de police de M. Mourgues, le malheureux déclara se nommer Alexandre L..., et être un ancien capitaine du génie. Il ajouta qu'il voulait s'enrôler au service de l'Espagne. Sous prétexte de le conduire au bureau d'enrôlement, le magistrat l'envoya à l'infirmerie du Dépôt (Le *Temps*, n° du 27 avril 1898.)

48. *Parricide.* — On nous télégraphie de Lyon qu'une tentative de parricide a eu lieu, hier, au hameau d'Azieu, commune de Genas (Isère), banlieue de Lyon. Le fils Val, âgé de dix-huit ans, dont les parents sont ouvriers en soie, se rendait mercredi à Lyon et achetait un revolver. A son retour, à six

heures du soir, Val fils se trouvant seul avec son père, lui dit soudain en lui tendant son arme :

— Tue-moi ou je te tue, et je me tuerai après.

Le père voulut fuir, mais le jeune homme fit feu sur lui et l'atteignit au-dessus du sein droit et à la tempe droite.

La femme accourut au bruit des détonations et se mit en devoir de secourir le blessé.

— Mon père est-il mort? demanda le jeune homme.

— Tu l'as tué, malheureux! dit la mère.

— Eh bien! à mon tour.

Et il se tira deux balles à la tempe droite. Il expirait au bout de quelques minutes.

On espère sauver le père.

Le juge de paix de Meyzieu, qui a fait l'enquête, estime que le meurtrier a agi dans un accès de folie subite. (Le *Temps*, numéro du samedi 30 avril 1898.)

49. *Homicide.* — On télégraphie de Béziers à l'*Agence Havas*, 7 mai 1898 :

Une femme Bourgeois, dans un accès de folie, a décapité son mari à coups de hache pendant qu'il était couché.

La victime, âgée de trente-six ans, était employée au chemin de fer du Midi, très estimée de ses chefs.

50. *Homicide et suicide.* — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 16 mai 1898) :

« On annonce la mort, à Bergerac, d'un officier d'état-major distingué, le lieutenant-colonel Lancelin.

« Comme commandant de place, le lieutenant-colonel du 108e visitait tous les jours l'hôpital militaire. Le 5 novembre 1896, cet officier reçut à bout portant trois coups de revolver tirés par un fou qui avait pu dissimuler cette arme pendant plus d'un mois. Le fou se fit du reste sauter la cervelle après avoir atteint le commandant de place. Le lieutenant-colonel Lancelin ne s'était jamais rétabli de ses blessures. »

51. *Tentative d'homicide et de suicide.* — On lit dans la *Lanterne* (numéro du dimanche 15 mai 1898) :

« Un drame de la folie a vivement ému, la nuit dernière, les locataires du n° 120 de l'avenue Daumesnil.

« Dans cette maison demeurait, au premier étage, avec sa femme et sa fille, âgée de dix-huit ans, M. Julien d'Andricourt qui, depuis quelque temps, donnait des signes d'aliénation mentale.

« Pris soudain d'un accès de folie furieuse, M. d'Andricourt s'emparait, mercredi soir, d'un rasoir et tentait de tuer sa femme et sa fille. Mme et Mlle d'Andricourt ne durent leur salut qu'en sautant par la fenêtre.

« Resté seul, M. d'Andricourt se porta dans le ventre quatre

conps de rasoir. Il a été transporté à l'hôpital Saint-Antoine dans un état très grave. »

52. *Une « victime » de la guerre.* — M. Louis J..., honorable commerçant de la rue Guénégaud, avait servi dans l'infanterie de marine. Il avait conservé de son « congé » un goût fort vif pour la mer et pour les bateaux de guerre. Aussi suivait-il avec beaucoup d'intérêt les péripéties de la guerre hispano-américaine. Il avait pris violemment parti pour l'Espagne et, dès Cavite, il ne décoléra plus.

Hier, il venait de déjeuner avec sa femme ; ils avaient discuté politique. Tout à coup, il se leva, renversa la table, broya une chaise, hurlant : « Nous les tuerons tous, nous les tuerons ! » Sa femme, épouvantée, s'approcha de la porte.

Le malheureux prit un fusil, le brandit un instant, le jeta par la fenêtre dans la rue ; puis, saisissant un rasoir, il se jeta soudainement sur sa femme. Elle n'eut que le temps de se précipiter au dehors et d'enfermer le forcené. Elle courut avertir M. Volet, commissaire de police.

Les agents purent s'emparer assez aisément de Louis J..., dont la fureur était tombée. Le malheureux tremblait de toutes ses forces et répétait : « L'escadre ! l'escadre !... » M. Volet l'a fait diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (Le *Temps*, numéro du vendredi 20 mai 1898.)

53. *Un ami dangereux.* — M. Soissons, rentier, demeurant rue de Courcelles, a failli, hier soir, vers six heures, être assassiné à son domicile par un individu nommé Riotte, qui, récemment encore, était son meilleur ami, mais avec lequel il avait dû cesser toutes relations à la suite des circonstances suivantes :

Riotte, qui est un riche cultivateur de Savigny-sur-Orge, avait été frappé subitement d'aliénation mentale il y a environ six mois. Il fut interné comme fou dans une maison de santé, mais, son état s'étant rapidement amélioré, il fut bientôt rendu à la liberté. Aussitôt libre, les premières visites de Riotte furent pour son ami Soissons, qui le reçut à bras ouverts. Mais, au cours de ces visites, Riotte, imparfaitement guéri, se livra à de telles excentricités que M. Soissons se promit de ne plus recevoir désormais le pauvre dément.

L'ami, ainsi évincé, en conçut une haine terrible contre M. Soissons, qu'il jura de tuer à la première occasion.

C'est ainsi qu'hier, trompant la surveillance des domestiques, il pénétrait, rue de Courcelles, dans l'appartement de M. Soissons qu'il trouvait dans son cabinet de travail, assis devant son bureau. Le pauvre fou, armé d'un couteau, se précipita sur son ami, cherchant à le frapper.

M. Soissons put heureusement esquiver le premier coup, puis il prit la fuite. Des gardiens de la paix sont venus quelques

instants après arrêter Riotte, qui, conduit au commissariat voisin, a déclaré au cours de son interrogatoire, qu'il avait voulu tuer M. Soissons, parce qu'il ne voulait plus être son ami. (Le *Temps*, numéro du jeudi 9 juin 1898.)

LA FOLIE DU ROI OTHON DE BAVIÈRE

Le *Neu Wiener Tageblatt* publie sur le roi Othon de Bavière un article dans lequel il raconte comment le pauvre prince aliéné accueillit dans sa retraite de Fürstenried la nouvelle de la mort de son frère Louis II et de sa propre élévation au trône :

Le 15 juin 1886, jour où Othon de Bavière fut proclamé successeur de son malheureux frère, les personnages qui étaient alors curateurs du prince aliéné, le grand maréchal de la cour baron de Molsen et le général baron de Prankh, capitaine des gardes, se rendirent à la résidence de Fürstenried pour faire part au monarque de la mort de son frère et lui donner lecture du document réglant la succession au trône et la régence, dispositions qui le faisaient roi. Le malade reçut cette communication avec calme, sans faire aucune observation ; le message émouvant de la mort de Louis II n'éveilla en lui aucune agitation d'âme et il écouta la lecture du document susdit sans ajouter de réflexion. Seulement lorsque les curateurs l'appelèrent Votre Majesté, un sourire parut sur ses lèvres et sa physionomie s'éclaira subitement. D'abord à mi-voix, puis plus haut il répéta : « Majesté!... Majesté! » Puis il sonna son vieux et fidèle valet de chambre et quand celui-ci parut, le roi Othon lui cria : « Toi, maintenant tu dois m'appeler Majesté. » Ce titre nouveau lui faisait un tel plaisir que ce jour-là il ne cessa de faire marcher la sonnette électrique pour appeler un des serviteurs et entendre dire quand celui-ci entrait : « Sa Majesté ordonne?... »

Assez longtemps après cet événement platonique, le roi Othon a eu par instants assez de présence d'esprit pour manifester un désir ou une volonté. C'est ainsi qu'il demanda à plusieurs reprises qu'on le menât à Munich pour qu'il y fît son entrée de souverain, ce qu'on éluda naturellement.

Bien qu'il soit parfaitement isolé dans le château de Fürstenried et qu'il n'ait autour de lui que ses médecins avec un petit nombre de serviteurs, Othon de Bavière est traité en roi autant qu'en malade, avec toutes les formes de respect et de l'étiquette. Outre les trois médecins qui ne le quittent jamais, Othon reçoit chaque semaine la visite des professeurs Grasby et Bauer, qui sont les plus réputés à Munich pour le traitement des maladies mentales.

De temps en temps — plus rarement aujourd'hui qu'autre-

fois — le malheureux souverain a des momcnts lucides. Dans son état ordinaire, il se livre à des amusements d'enfant : il va cueillir des fraises dans les fourrés du grand parc ou, d'une fenêtre qui donne sur le jardin, il tire à la carabine, naturellement chargée à blanc. Il est fort mangeur et, entre ses repas, il demande volontiers à boire de la bière, quelquefois du vin mousseux.

A ces périodes relativement satisfaisantes succèdent d'autres périodes de grande agitation et de complète démence. Tantôt il reste assis des heures commc absorbé et indifférent à tout, tantôt il éclate en cris et en colères, ou bien il est saisi de crises d'angoisses ; il reste debout à la même place, en proie à la terreur et n'osant faire un pas en avant, car il croit voir sous ses pieds un abîme au fond duquel roule un torrent d'eau. Il recule devant cet abîme imaginaire et s'enfuit dans les corridors.

Depuis de longues années il ne reconnaît précisément personne, ou du moins fuit les visages qu'il ne voit pas constamment autour de lui. En 1889, quclquc temps avant sa mort, la reine-mère se rendit à Fürstenried et fit la tentative de voir son fils. Le roi Othon courut dans le parc, se cachant derrière les arbres et faisant de la tête un signe négatif jusqu'à ce que la malheureuse femme se fût éloignée. Depuis, aucun de ses parents n'a plus essayé de le voir... (Le *Temps*, numéro du mardi 19 avril 1898.)

LA CRIMINALITÉ EN ANGLETERRE

La statistique de la criminalité pour 1896 vient de paraître et contient nombre d'observations à retenir. Il y est constaté par excmple que les villes de Cardiff, Manchester et Liverpool sont celles qui produisent le plus de malfaiteurs des deux sexes, le plus d'enfants délinquants ou criminels passibles à la fois de la peine de l'emprisonnement et de celle du fouet.

A Liverpool, plus que nulle part ailleurs dans le Royaume-Uni, les femmes ont maille à partir avec la justice. Alors que la proportion générale entre les sexes est de deux condamnés et demi pour une seulc femme, à Liverpool cette proportion est juste de moitié, et d'un peu moins à Manchester et à Cardiff. De plus, on compte à Liverpool 758 hommes et 2,242 fcmmes qui ont été condamnés plus de vingt fois. Enfin, sur 307 condamnés ayant obtenu des brevets d'études, 205 appartiennent au grand port de la Mcrsey. Il est à remarquer que ces condamnés de Liverpool supportent assez bien le régime de la prison, car c'est dans les prisons de cette ville que l'on constate le moins de cas de folie et d'anémie, tandis que ces cas sont nombreux dans la plupart des autres prisons.

Le nouveau document contient également des renseignements curieux sur les conditions sanitaires des prisons anglaises. On sait que l'administration de l'intérieur a pour règle de libérer sans délai tous les condamnés atteints de maladies incurables et de les envoyer mourir chez eux ou au workhouse. Il en va de même pour les aliénés. Ces libérations sont assez rares dans les prisons de Wormswood et de Wormswood-Scrubs, plus fréquentes dans celle de Pentonville et tout à fait exceptionnelles dans celle d'Holloway. Le plus malsain et le plus terrible de nos établissements pénitentiaires semble être celui d'Ailesbury, où les cas de libération pour aliénation mentale ou mort imminente atteignent une proportion de 19 p. 100.

Dans le courant de 1896, l'administration de l'intérieur a rendu la liberté à 22 condamnés « en raison de circonstances découvertes après la condamnation ». Ceci équivaudrait à la réhabilitation, si la réhabilitation existait en Angleterre; 257 autres condamnés ont été libérés avant l'achèvement de leur peine « par atténuation de sentences reconnues trop rigoureuses ».

La statistique générale accuse une augmentation de la criminalité. (Le *Petit Temps*, numéro du 16 avril 1898.)

TRIBUNAUX

Un meurtrier simulateur. — La cour d'assises de la Côte-d'Or vient de condamner aux travaux forcés à perpétuité le nommé Henri Galland, âgé de trente-sept ans, vigneron à Vosne-Romanée, qui, le 26 février, tua à coup de couperet sa femme Claudine Teste, âgée de vingt-huit ans. La préméditation a été écartée en raison de l'état d'ébriété du meurtrier. Galland a cherché à se faire passer pour fou et a été mis en observation. Mais sa responsabilité a été déclarée entière par les médecins aliénistes. Des témoins ont déclaré que Galland, gardé à vue par eux, au moment du crime en attendant les gendarmes, leur avait dit : « Je sais ce qui m'attend. Mais je saurai faire la bête et je m'en tirerai tout de même. » (Le *Temps*, numéro du vendredi 27 mai 1898).

FAITS DIVERS

La contagion du suicide. — M. Jules Jobart, garçon épicier, s'étant levé trop tard hier matin, fut sévèrement admonesté par son patron qui avait dû, tout seul, ouvrir et balayer sa boutique. Mais, tandis que ce dernier, la semonce à peine faite, n'y pensait déjà plus, Jules Jobart, très affecté, chercha toute la journée comment il pourrait expier sa faute et il résolut simplement de se suicider.

Donc, vers sept heures du soir, profitant d'un moment où il

était resté seul, le garçon épicier quitta la boutique et se dirigea du côté du pont d'Auterlitz, bien déterminé à se jeter dans la Seine.

En route, il rencontra deux amis, Gabriel C... et X..., qui, d'abord, tentèrent de le détourner de son projet. Mais Jobart leur démontra avec tant d'éloquence qu'il avait mérité la mort et qu'au surplus la vie ne valait pas qu'on s'y attachât, qu'X... et C..., convaincus, résolurent de se suicider avec lui.

L'accord fut scellé chez un marchand de vin du voisinage où les trois désespérés se rendirent d'abord pour assurer leurs résolutions en vidant force petits verres. Puis ensemble ils s'engagèrent sur le pont, montèrent sur le parapet... et se précipitèrent dans le fleuve.

Les passants, nombreux à cette heure, avaient cru à une plaisanterie. Mais lorsque quelques secondes plus tard on vit les jeunes gens se débattre dans l'eau en poussant des cris de désespoir, vingt personnes sautant dans les barques amarrées à la berge se portèrent à leur secours.

Jules Jobart a été repêché, et, après quelques soins, reconduit chez son patron. Il ne lui restera de son aventure que le souvenir désagréable d'avoir causé la mort de ses deux amis, car les recherches faites pour retrouver les corps de ces derniers sont, jusqu'à ce matin, restées infructueuses. (Le *Temps*, numéro du 25 mai 1898).

Etrange superstition. — On lit dans le *Temps* (numéro du lundi 30 mai 1898) :

« Une véritable rébellion vient d'éclater à Gross-Vazsony, dans le comitat de Veszprim, en Hongrie, par suite d'une étrange superstition des populations paysannes de ces contrées. Les parents d'un jeune homme nommé Humer, mort dans cette localité, avaient demandé l'exhumation de la dépouille mortelle de leur fils pour la transférer à Ischl, sa ville natale. A cette nouvelle, la population de Gross-Vazsony, craignant que cet acte n'exposât la commune à la grêle, décida de s'opposer par la force à l'exhumation. Le curé, qui voulut intervenir, fut menacé de mort et dut s'enfuir; l'arrivée de la gendarmerie ne fit qu'accroître la surexcitation; les gendarmes furent assaillis par les paysans armés de faux et de haches et durent faire usage de leurs armes à feu. Un paysan fut tué; deux autres furent blessés. Malgré la réquisition d'un détachement de troupes, les troubles continuèrent. »

Accès de fureur alcoolique. — Le *Temps* (numéro du 1er juin 1898), reproduit le fait suivant :

« Un soldat de la garnison d'Alexandrie, nommé Trovato, et natif de Sicile, rentrait l'autre soir à la caserne dans un état d'ébriété tel que le sergent de garde lui adressa de sévères

observations. Furieux, Trovato saisit un fusil et fit feu sur le sergent. Mais il avait mal visé et la balle dévia. Alors, dans un véritable accès de rage alcoolique, Trovato courut à la chambrée, s'y barricada et commença à tirer indistinctement contre tous ceux qui s'approchaient.

« Deux généraux et plusieurs officiers supérieurs attirés par la fusillade ne parvinrent pas à intimider le forcené et essuyèrent son feu. Craignant qu'on n'enfonçât la porte qu'il avait barricadée, Trovato quitta la chambrée par une autre issue et se réfugia sur le toit, d'où il tira encore 23 coups de fusil sur tous les gradés ou soldats qu'il voyait à portée. Heureusement la boisson lui troublait la vue, et un seul soldat fut blessé à la cuisse.

« La foule était énorme aux alentours de la caserne. Mais la terreur de tous était telle que Trovato put passer la nuit sur le toit sans être inquiété.

« Au matin il fut cerné par des sentinelles postées à toutes les issues par où il aurait pu s'échapper. On le somma de se rendre. Dépourvu de munitions et aussi dégrisé, Trovato n'opposa plus de résistance. »

XIII^e^ CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Paris, 2-9 août 1900).

Section de psychiatrie.

Le Comité d'organisation de la section de psychiatrie du Congrès international de médecine qui se tiendra à Paris, du 2 au 9 août 1900, s'est constitué. Il est composé de vingt-cinq membres choisis parmi les aliénistes, tant de Paris que de la province. Ce sont :

MM. *Gilbert Ballet*, professeur agrégé de la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine ; *Bouchereau*, médecin à l'asile Sainte-Anne ; *Bourneville*, médecin de Bicêtre ; *A. Carrier*, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; *Christian*, médecin de la Maison nationale de Charenton ; *Cullerre*, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée) ; *Doutrebente*, médecin-directeur de l'asile de Blois (Loir-et-Cher) ; *Jules Falret*, médecin honoraire de la Salpêtrière ; *Ch. Féré*, médecin de Bicêtre ; *Febvré*, médecin à l'asile de Ville-Evrard ; *Paul Garnier*, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police ; *Giraud*, médecin-directeur de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure) ; *Joffroy*, professeur à la Faculté de Paris, médecin à l'asile Sainte-Anne ; *Magnan*, membre de l'Académie de médecine, médecin à l'asile Sainte-Anne ; *Mairet*, professeur à la

Faculté de Montpellier, médecin en chef de l'asile de l'Hérault ; *Meuriot*, président de la Société médico-psychologique ; *Motet*, membre de l'Académie de médecine ; *Parant*, médecin de la Maison de santé de Toulouse ; *Pierret*, professeur à la Faculté de Lyon, médecin de l'asile de Brou ; *E. Régis*, chargé de cours à la Faculté de Bordeaux ; *Ritti*, secrétaire général de la Société médico-psychologique, médecin de la Maison nationale de Charenton ; *Séglas*, médecin de Bicêtre ; *Taguet*, médecin de l'asile de Vaucluse ; *Vallon*, médecin de l'asile de Villejuif ; *Jules Voisin*, médecin de la Salpêtrière.

Ce Comité s'est réuni, le 13 mai 1898, pour l'élection du bureau de la section et le choix de questions à proposer pour sujets de rapports.

Le Bureau a été constitué ainsi qu'il suit :

Président : M. Magnan.

Vice-Présidents : MM. Joffroy et Gilbert Ballet.

Secrétaire général : M. Ant. Ritti.

Puis neuf questions ont été proposées parmi lesquelles le Comité devait être appelé, dans une séance ultérieure, à en choisir quatre : une de pathologie mentale, une d'anatomie pathologique, une autre de thérapeutique, enfin une dernière de médecine légale.

Cette séance eut lieu le 10 juin 1898. Dix-neuf membres du Comité y assistaient. Voici les questions qui ont été adoptées :

Pathologie mentale. — *Psychoses de la puberté.*

Anatomie pathologique. — *Anatomie pathologique de l'idiotie.*

Thérapeutique. — *De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés.*

Médecine légale. — *Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.*

Il a été décidé, en outre, que chacune de ces questions serait traitée par trois rapporteurs, dont deux étrangers et un Français. Nous espérons pouvoir publier dans le prochain numéro la liste complète de ces rapporteurs.

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

(*Session d'Angers*, 1er *au* 8 *août* 1898).

Programme.

Le neuvième Congrès des aliénistes et neurologistes se tiendra à Angers du 1er au 8 août 1898.

La séance d'ouverture aura lieu dans la salle des fêtes, à l'Hôtel de Ville. Les autres séances auront lieu à l'Ecole de médecine, où le secrétariat se trouvera également pendant la durée du Congrès.

Les ordres du jour sont réglés comme suit :

LUNDI 1er AOUT. — *Matin*, 10 *heures*. Séance solennelle d'ouverture à la mairie.

Soir, 2 *heures* (Ecole de médecine). — Constitution du Bureau, nomiuation de deux vice-présidents et du secrétaire des séances. — Compte rendu financier du Congrès de 1897. — Nomination de la Commission chargée du choix des questions à mettre à l'ordre du jour du Congrès de 1899.

1re *question* : Les troubles psychiques post-opératoires. Rapporteur, M. RAYNEAU. — Discussion.

MARDI 2 AOUT. — 2e *question* : Du rôle des arthrites dans la pathologie du système nerveux. — Rapporteur, M. COULON. — Discussion.

Soir, 2 *heures*. — Suite de la discussion. — Communications diverses.

7 *heures*. — Banquet, par souscription, du Congrès.

MERCREDI 3 AOUT. — *Matin*, 8 *heures*. — 3e *question* : Les délires transitoires au point de vue médico-légal. — Rapporteur, M. VALLON. — Discussion.

Soir, 3 *heures*. — Visite de l'asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire. — Dîner offert aux congressistes par l'administration de l'asile. — Représentatiou théâtrale. — Feu d'artifice.

JEUDI 4 AOUT. — *Matin*, 8 *heures*. — Choix du siège du Congrès de 1899. — Election du Président et du Secrétaire général. — Choix des questions à mettre à l'ordre du jour. — Nomination des rapporteurs. — Communications diverses.

Soir, 1 *heure*. — Visite de la ville d'Angers, de ses principaux monuments et des ardoisières de Trélazé.

VENDREDI 5 AOUT. — *Matin*, 8 *heures*. — Communications diverses.

Soir, 3 *heures*. — Communications diverses.

SAMEDI 6 AOUT. — Excursion à Saumur. — Réception par la municipalité. — Visite de la ville et de l'École de cavalerie. — Visite de l'abbaye de Fontevrault, aujourd'hui maison centrale. — Château de Montsoreau, à Cander. — Embouchure de la Vienne.

DIMANCHE 8 AOUT. — Excursion en bateau à vapeur. — Visite des bords de la Loire. — Châteaux de la Baumette et de Châteaubriant, La Pointe-Behnard, La Possonnière, Cha-

lonnes, Champtocé (Ruines du vieux château de Barbe-Bleue), Montjean, Ingrandes, Saint-Florent-le-Vieil.

Déjeuner à bord.

Clôture du Congrès.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1899. — Prix Belhomme. — 600 francs.— Question : *Du système musculaire chez les idiots et son éducation.*

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales, soutenues en 1897 et 1898 devant les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Année 1900. — Prix Aubanel. — 2.400 francs. — Question : *Facteurs étiologiques de la paralysie générale.*

Les mémoires manuscrits ou imprimés pour les prix à décerner en 1899 devront être déposés le 31 décembre 1898; les mémoires manuscrits pour le prix Aubanel, pour 1900, devront être déposés le 31 décembre 1899, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés ; ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

ENSEIGNEMENT

Asile de Villejuif. — M. le Dr Toulouse, médecin en chef. Le lundi, à neuf heures, visite de service; à dix heures, examen d'un malade par un élève; à dix heures et demie, leçon clinique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Marethbux, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — Neuvième session tenue à Angers.

Le lieu de rendez-vous de notre Congrès annuel était, cette année, la ville d'Angers, et l'on pouvait dire avec le poète : « Certes, le lieu est bien choisi », car nous devions y trouver le plus charmant accueil. D'une part, la municipalité avait tenu à ce que le Congrès fût ouvert en séance solennelle à l'Hôtel de ville, et l'École de médecine avait été mise à notre disposition pour les séances de travail ; d'autre part, MM. Motet, président du Congrès ; Meuriot, président de la Société médico-psychologique, et Magnan, le futur président du Congrès international de 1900, s'étaient réunis pour faire les honneurs du Congrès. Comment, d'ailleurs, ne pas être à l'aise dans une ville, dont le point central où tout converge, est la place du Ralliement.

Le Congrès a été ouvert le 1er août, dans la matinée, par un discours de bienvenue du maire d'Angers, et

le choix que nous avions fait d'un président angevin devait faire mentir le proverbe : Nul n'est prophète dans son pays. « Vous êtes ici, monsieur le Président, a dit le maire d'Angers, au milieu de vos concitoyens, de vos amis, tous heureux de vous recevoir et de vous témoigner leur sympathie et leur admiration pour les éminents services que vous avez rendus et que vous êtes appelé à rendre chaque jour à l'humanité, dans la spécialité que vous avez choisie. » Ces quelques mots indiquent la cordialité qui donnait un cachet tout particulier au Congrès d'Angers et que nous valait, pour une bonne partie, notre très sympathique président. M. Motet a répondu par un discours charmant. Après avoir remercié le maire d'Angers, il nous a dit : « L'hospitalité la plus cordiale, la plus généreuse vous est offerte avec cette bonne grâce particulière à la cité angevine. Elle est, depuis des siècles, par une tradition ininterrompue, passée dans les coutumes ; ici, l'accueil est toujours bienveillant, les cœurs s'ouvrent aisément, la vie est douce et bonne sous un climat heureux, sur une terre où les fleurs naissent sous les pas. » M. Motet a ensuite pris comme thème de son discours, la médecine légale des aliénés, et traité d'une manière magistrale les règles de l'expertise. La séance a été terminée par un discours de M. l'inspecteur général Regnard, représentant le Ministre de l'Intérieur.

Le soir, séance de travail, pour faire suite à la séance d'apparat. Suivant l'usage, le président du précédent Congrès a procédé à l'installation du nouveau président et on a constitué le bureau :

Présidents d'honneur : MM. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ; Regnard, inspecteur général des services d'assistance au ministère de l'intérieur ; le Préfet de Maine-et-Loire ; le Maire d'Angers ; Ladame, de Genève.

Vice-présidents : MM. Brunet et Pierre Parisot.

Secrétaires : MM. Arnaud, Boissier, Coulon.

On a nommé la commission chargée de proposer les questions soumises au prochain Congrès (MM. Brissaud, Joffroy, Magnan, Pierret, Ritti), et M. Parant est venu déposer les comptes du Congrès de Toulouse, qui se sont soldés par un excédent de recettes. Des applaudissements ont salué la bonne gestion du secrétaire général du précédent Congrès.

Tous ces préambules terminés, la parole a été donnée à M. Raynean, pour l'exposé de son rapport sur les troubles psychiques post-opératoires. Sous ce titre, M. Rayneau comprend tous les troubles intellectuels qui peuvent survenir à la suite d'une opération, quelle que soit leur forme ; mais il ajoute qu'il y a lieu de distinguer ceux qui dépendent seulement de l'intervention et ceux qui ont été faussement considérés comme en étant la conséquence. Dans le rapport très documenté, qui nous avait été distribué, M. Rayneau a fait l'historique de la question, puis a passé en revue les formes si variées des troubles psychiques post-opératoires, leur étiologie, leur évolution, leur fréquence, leur époque d'apparition, leur durée, leur terminaison, et a discuté leur pathogénie. Les causes qui ont été invoquées pour expliquer le délire post-opératoire sont en très grand nombre :

L'impression morale, une action réflexe, un état de shock ;

L'opération en elle-même, la nature de l'intervention ;

L'anesthésie au chloroforme, à l'éther, à la cocaïne ;

Les antiseptiques et, en particulier, l'iodoforme ;

L'anémie cérébrale ou la cachexie du sujet ;

L'alcoolisme ;

L'infection qui peut précéder ou suivre l'opération ;

L'auto-intoxication résultant de la formation exagérée ou de l'insuffisance d'élimination des poisons normaux ; mais, à côté de toutes ces causes déterminantes, c'est la prédisposition héréditaire ou personnelle qui joue le principal rôle.

Les conclusions de M. Rayneau ont été :

1° Les troubles psychiques post-opératoires présentent les symptômes les plus divers ; il n'existe donc point un type spécial de psychose, que l'on pourrait étiqueter folie post-opératoire ;

2° Si l'on excepte certaines opérations sur le crâne et la thyroïdectomie, dans lesquelles l'intervention peut engendrer seule les troubles mentaux, le rôle principal, dans leur genèse, revient à la prédisposition héréditaire ou acquise ;

3° Diverses autres causes peuvent agir efficacement dans la production de ces accidents.

Les unes ont une importance des plus considérables et des plus manifestes, ce sont : 1° les intoxications d'origine interne ou externe, alcoolisme, infection, auto-intoxication ; 2° le choc moral ou la préoccupation qui accompagne l'opération.

Les autres ont une action très secondaire ; ce sont les anesthésiques, les antiseptiques, l'état d'anémie ou de cachexie du sujet, la nature de l'intervention, son siège, les organes sur lesquels elle porte.

4° Il n'apparaît pas que les opérations gynécologiques exposeraient, plus que les autres, aux troubles psychiques post-opératoires ;

5° Les troubles psychiques sont peu fréquents à la suite des opérations. Les statistiques ne relèvent guère qu'un chiffre moyen de 1 à 2 délires sur 100 interventions, et encore est-ce contestable ;

6° Leur époque d'apparition est des plus variables. Le plus souvent, ils surviennent sitôt après l'opération,

dans d'autres cas, au contraire, ils n'apparaissent qu'à une époque plus éloignée ;

7° Leur évolution et le pronostic dépendent des causes qui les ont fait naître et des formes qu'ils revêtent. A ce point de vue, chaque cas doit être considéré en particulier.

Dans la discussion qui s'est ouverte, M. Régis a pris le premier la parole. Les psychoses post-opératoires sont surtout, a-t-il dit, observées dans les hôpitaux, et les chirurgiens sont peu préparés à une étude de ce genre. Depuis six ans, il a examiné tous les cas de psychoses qui se sont produites à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, et il a pu distinguer deux catégories :

1° Troubles post-opératoires survenant à l'occasion de l'opération ;

2° Troubles relevant de l'opération ;

Les malades de la première catégorie vont à l'asile, ce sont les prédisposés ; les malades de la seconde catégorie sont atteints de troubles relevant bien de l'opération, mais que ne voient pas les aliénistes. Ces troubles affectent la forme de la confusion mentale, depuis l'état dépressif jusqu'à l'état méningitique, et il y a un état délirant particulier ayant ses caractères propres.

Il est nocturne, a les éléments du rêve ; il cesse au matin quand il est léger, c'est un délire onirique.

Plus intense, il se prolonge comme un rêve, mais avec des intervalles.

Très intense, il est continu ; le malade rêve le jour comme la nuit. Mais c'est le rêve d'un sommeil pathologique, somnambulique, rappelant la profession de l'individu, pouvant se suspendre quand le malade ouvre les yeux, spontanément ou artificiellement ; enfin le malade sort de son délire comme on sort d'un rêve ; il y a de l'amnésie, comme dans un état somnambulique, et M. Régis a pu faire recouvrer le souvenir perdu en met-

tant le malade dans l'état hypnotique. Or, les délires toxiques se rapprochent de ces états somnambuliques.

Au point de vue de l'époque d'apparition on a :

Les délires immédiats s'expliquant par l'intoxication de l'anesthésique à laquelle s'ajoute le shock.

Les délires secondaires, apparaissant du deuxième au dixième jour ; ce sont les plus fréquents, et on peut les attribuer à la septicémie ou à l'auto-intoxication.

Les délires tardifs, apparaissant plusieurs semaines après l'opération, et pouvant être attribués à l'asthénie due à la suppuration, au pansement, au décubitus, à la perte d'un organe à sécrétion interne.

La conclusion est qu'on doit recommander aux chirurgiens la prudence, non seulement chez les prédisposés nerveux, mais encore chez ceux qui peuvent faire de l'auto-intoxication.

Le diagnostic doit être étiologique ; on doit rechercher les intoxications.

Le pronostic se tire, non seulement de la forme symptomatologique, mais aussi de l'étiologie, et il faut rechercher si la cellule nerveuse est inhibée ou détruite.

Le traitement doit consister à combattre la cause.

Enfin il existe des cas mixtes, des délires toxiques passant au délire vésanique, et une opération peut faire disparaître un délire vésanique. On s'est demandé alors si une opération est une arme à double tranchant ; mais on connaît l'influence dérivative chez les aliénés, et on l'explique par un trouble de nutrition.

M. Picqué a répondu à M. Régis. Il n'admet pas que les délires septicémiques soient qualifiés de délires post-opératoires, car ils ne sont pas le fait de l'opération, mais de l'opérateur ; de même, les délires d'intoxication après le chloroforme ou après le pansement à l'iodoforme doivent être séparés des délires psychiques. M. Picqué a protesté contre l'accusation portée contre la

chirurgie gynécologique de prêter à l'éclosion des troubles mentaux.

Les malades chez lesquels on voit apparaître ces troubles sont des aliénées ou ont été aliénées; ce sont des malades à idées obsédantes, à troubles subjectifs.

M. Granjux a fait remarquer qu'on ne signale pas de psychoses post-opératoires chez les militaires, au moins en temps de paix, et l'attribue à la sélection qui élimine les prédisposés. Il n'en a pas observé à l'ambulance de Froeschwiller, installée dans une église à laquelle les Allemands mirent le feu, et malgré les conditions déplorables où les blessés se trouvèrent pendant plusieurs jours, il n'en a pas vu non plus à Sedan, ni à l'armée de la Loire. Le shock inhérent au traumatisme peut donc être rejeté au deuxième plan, et, dit M. Granjux, la question primordiale est celle du terrain.

M. Paul Garnier a dit qu'il voit souvent des opérés à l'infirmerie du dépôt, et il n'a jamais observé la confusion mentale décrite par M. Régis, qui probablement a assisté, au bon moment, à l'éclosion d'un délire toxique. Les cas observés par M. Garnier sont en opposition avec ce qu'a décrit M. Régis.

M. Garnier a cité l'observation curieuse d'une femme, fille d'alcoolique, mais n'ayant jamais eu de troubles mentaux. En 1891, elle est opérée d'un fibrome de l'utérus et a, dans les deux heures qui suivent l'opération, du pseudo-délire de persécution. En 1893, elle subit l'ovariotomie et a, consécutivement, pendant quelques semaines, du délire. En 1895, on lui pratique l'hystérectomie abdominale, et, cette fois, le délire de persécution s'établit et ne la quitte plus.

M. Joffroy a pris la parole pour dire qu'une opération est un acte complexe, et il ne faut pas mettre de côté tel ou tel groupe de délire, limiter la question aux délires d'intoxication, d'auto-intoxication, ou de septicé-

mie, comme le fait M. Régis, ni rejeter tous ces cas, comme le demande M. Picqué. Il y a un rapprochement à faire entre les paralysies hystéro-traumatiques et les troubles psychiques post-opératoires. On les observe :

Chez les femmes hystériques ;

Chez les dégénérés ;

Chez les intoxiqués.

Il faut aussi tenir compte du rôle que joue la rumination intellectuelle, et si cette rumination intellectuelle précède l'opération, on aura le trouble psychique préopératoire.

De même, les troubles psychiques puerpéraux apparaissent avant, pendant, ou après l'accouchement, et se développent chez les mêmes sujets. On a parlé du nombre des cas de troubles psychiques à la suite des opérations sur les ovaires ; mais quand on voit le nombre des interventions, le nombre des cas de troubles psychiques est bien minime, et ce n'est pas ce qu'on verrait si l'organe était indispensable, comme le corps thyroïde.

Si on examine l'âge d'apparition de ces troubles, on voit qu'il s'agit d'adultes ou de vieillards ; jamais on ne les observe chez les enfants ; c'est qu'on ne les prévient pas de la nature de l'opération et on leur évite la préoccupation intellectuelle.

Tous les malades chez lesquels surviennent des troubles psychiques post-opératoires sont des prédisposés : la cause déterminante peut varier, et la prophylaxie consiste à préparer le malade à supporter l'opération, en usant d'un traitement moral préventif, puisqu'on ne peut pas cacher l'opération à un adulte comme on le fait pour un enfant.

M. Monprofit (d'Angers) a demandé, comme M. Picqué, de ne pas rendre responsable l'intervention chirurgicale de ce qui n'est pas son œuvre, c'est-à-dire d'accidents septicémiques ou d'une intoxication. Dans les

services bien tenus, les troubles psychiques post-opératoires sont rares, et sur un total de trois mille opérations, M. Montprofit n'en a vu que cinq cas, deux chez des vieillards, trois à la suite d'opérations gynécologiques.

La discussion s'est terminée avec M. Ladame, qui partage l'avis de M. Joffroy sur le rapprochement à établir avec les paralysies hystéro-traumatiques. Il a vu chez des hystériques, à la suite de piqûres au doigt, deux cas de psychoses traumatiques prises pour des névrites, et il a rapporté, d'une manière fort humoristique, une observation de troubles psychiques post-opératoires tout à fait tardifs. Il s'agit d'une personne qui avait été trépanée à l'âge de dix ans et, cinquante ans après, eut l'occasion de revoir le chirurgien qui l'avait sauvée. Celui-ci ne veut pas croire qu'elle n'ait pas de douleurs de tête, la palpe et la suggestionne si bien que, depuis ce moment, elle éprouve à la région de la tête des douleurs contre lesquelles tout traitement est impuissant.

Avant de lever la séance, M. Motet a donné lecture d'un télégramme de sympathie qu'il venait de recevoir des médecins aliénistes et neurologistes de Moscou, et a proposé de répondre en ces termes : « Médecins aliénistes et neurologistes frauçais, réunis en Congrès à Angers reçoivent la cordiale dépêche de leurs sympathiques collègues de Moscou. Ils remercient de ce gracieux souvenir, et envoient de chaleureux sentiments de confraternité ».

Une salve d'applaudissements a salué cette communication.

L'ordre du jour du mardi appelait la discussion de la deuxième question : Du rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux ; mais le rapporteur désigné primitivement avait fait défaut. M. Coulon, médecin

adjoint de l'Asile Sainte-Gemmes, s'était chargé de remplir le rôle de rapporteur, et, malgré toute sa bonne volonté, avec le court espace de temps qui restait, il n'avait pu éviter d'arriver un peu en retard. Le rapport était seulement livré par l'imprimerie au moment où la discussion aurait dû s'ouvrir. On décida alors d'intervertir l'ordre du jour, de consacrer la matinée à des communications particulières, de discuter dans l'après-midi le rapport sur les délires transitoires, et de renvoyer au lendemain le rapport de M. Coulon.

M. Ladame vint apporter une observation de paranoïaque processif. Il s'agit d'une femme dont le délire consistait à revendiquer une maison adjugée à sa sœur, et qui entreprit, à ce sujet, toute une série de procès. Elle n'avait ni hallucinations ni illusions des sens.

M. Joffroy présenta des considérations sur le rôle de la prédisposition héréditaire et de la dégénérescence dans la paralysie générale, avec une observation à l'appui, et provoqua une courte discussion à laquelle prirent part MM. Magnan, Régis, Charpentier, Doutrebeute et Arnaud.

Sous le titre : Mélanodermie chez les épileptiques, M. Lannois rapporta l'histoire de cinq épileptiques chez lesquels existait une mélanodermie absolument ideutique. Dans tous les cas la mélanodermie était constituée par de petits points arrondis, larges comme une pointe d'épingle ou une lentille. Cette pigmentation anormale occupait le tronc, depuis la racine du cou jusqu'à la naissance des cuisses, et, passant en revue les différentes hypothèses qui pourraient l'expliquer, M. Lannois est disposé à la considérer comme un trouble trophique, dans la production duquel on pourrait faire intervenir l'action du sympathique.

M. Lannois a apporté un autre mémoire, fait avec la collaboration de M. Jaboulay, sur le traitement de

l'épilepsie par la sympathectomie préconisé par Alexender. Les auteurs ont pratiqué seize interventions. Ils ont obtenu une guérison et trois améliorations. La plupart des autres malades sont restés à l'état stationnaire. Un malade a succombé quatre jours après l'opération, en état de mal. La conclusion de MM. Lannois et Jaboulay est que, si la sympathectomie peut rendre des services dans certains cas, il faut reconnaître qu'elle n'a pas donné dans le traitement de l'épilepsie tous les résultats qu'en faisaient espérer ses promoteurs.

M. Brissaud vint faire une communication très intéressante sur la myélite transverse et la paraplégie flaccide. M. Charcot a montré que la myélite transverse a pour symptôme constant la paraplégie spasmodique, par suite de la dégéuération du faisceau latéral de la moelle. Certains auteurs ont coutesté cette règle, et M. Brissaud apporte une observatiou où, chez un malade atteint de myélite transverse, une paraplégie flaccide succéda à la paraplégie spasmodique ; mais, à l'autopsie, on trouva, outre la lésion de la moelle, des névrites destructives expliquant la flaccidité : dans certains nerfs il ne restait plus un cylindre-axe, et c'était à la périphérie que se trouvaient les lésions les plus accentuées ; mais quelle était l'origine de cette névrite?

M. Pierret, intervenant dans la discussion, a pensé qu'il s'agissait d'une méningo-myélite de nature infectieuse, probablement due à la syphilis. On a, dit M. Pierret, cherché à battre en brèche la loi donnée par Charcot, que la dégénération du faisceau latéral de la moelle s'accompagne de coutractures ; mais il faut uécessairement, pour que la coutracture existe, l'intégrité du muscle et du nerf conducteur, et, dit M. Pierret, lorsqu'on observe des exceptions aux lois données par Charcot, il faut rechercher ce qui s'est produit d'exceptionnel.

La séance du matin s'est terminée snr nne commnnication de MM. Valentin et Hartenberg sur le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies neurasthéniques. Ils pensent que toute phobie a, pour élément fondamental, nn état d'anxiété et que cet état d'anxiété consiste essentiellement en un phénomène cardio-vasculaire. Chez certains malades neurasthéniques, ils ont vu survenir brusquement, sans ancnne canse connue, un de ces accès de palpitations cardiaques si fréquents dans la maladie de Beard. Ces désordres s'accompagnent d'un sentiment d'angoisse, de peur, qui devient permanent, et l'appareil cardio-vasculaire semble jouer nu rôle prépondérant dans la pathogénie de ces phobies.

La séance de l'après-midi a été consacrée à la discussion du rapport de M. Vallon sur les délires transitoires au point de vne médico-légal. Sous ce titre, M. Vallon compreud tous les états passagers d'aliénation mentale, qui sont de nature à donner lieu à une expertise médico-légale, et qu'il énumère ainsi :

1° Vésanies transitoires.

2° Troubles transitoires de la sphère émotive ;

3° Impulsions irrésistibles de courte durée ;

4° Troubles mentanx de la puerpéralité ;

5° Troubles mentaux liés à une intoxication (alcoolisme, etc.);

6° Troubles mentaux liés à une névrose (épilepsie, hystérie, neurasthénie, migraine ophtalmique, etc.) ;

7° Troubles mentanx liés à une affection des centres nerveux (traumatisme, lésion en foyer, etc.) ou des nerfs ;

8° Troubles mentaux dans les maladies autres que celles du système nerveux ;

9° Troubles mentanx liés à des troubles du sommeil : état intermédiaire à la veille et au sommeil ; somnambulisme ; rêves prolongés ;

10° L'égarement passager.

Après avoir passé en revue, dans un chapitre spécial, chacun de ces états, et exposé l'opinion des divers auteurs, M. Vallon présente un résumé de la question dans un chapitre intitulé : Que faut-il penser de la folie transitoire? Existe-t-il des cas dans lesquels ni l'examen, ni les commémoratifs, ne révèlent rien d'anormal chez l'inculpé ou dans sa famille? Dans sa pratique, M. Vallon n'a rencontré, en dehors de l'épilepsie, qu'un très petit nombre de faits méritant d'être qualifiés état d'aliénation mentale transitoire. Tous, sans exception, relevaient manifestement soit d'un état de dégénérescence mentale, soit surtout de l'intoxication alcoolique. En Allemagne, Krafft-Ebing a décrit un délire transitoire, « qui survient chez des individus *sains avant et après l'accès*, qui se reproduit rarement. » Schwarzer et Kraepelin n'admettent pas la prédisposition héréditaire; pour eux le délire transitoire survient brusquement, chez les individus *jouissant jusqu'alors d'une santé parfaite.* Mendel paraît professer la même opinion.

Les faits cités à l'appui ne paraissent pas convaincants et M. Vallon termine son rapport en disant :

« Aussi, malgré la grande et légitime autorité de Krafft-Ebing et d'autres savants allemands : Schwarzen, Kraepelin, Mendel, si j'admets sous réserve l'aliénation mentale transitoire, symptomatique de divers états morbides, je ne puis me défendre d'un doute à l'égard de la folie transitoire idiopathique. Ce doute, je le traduis par les questions suivantes qui me serviront de conclusions :

« 1° Existe-t-il une folie transitoire se développant chez des individus parfaitement sains, en dehors de toute prédisposition héréditaire, en l'absence de tout état pathologique antérieur, tel que l'épilepsie, l'intoxication alcoolique, etc.?

« 2° Si oui, qnels sont les caractères de cette folie transitoire ?

« 3° Quelles sont ses conditions pathogéuiques on tont au moins ses causes déterminantes? »

Après l'exposé fait par M. Vallon, la discussion a été onverte et M. Charpentier a sontenu l'existence du délire transitoire essentiel, disant que toute passion pent prodnire nn délire transitoire. Ces délires transitoires n'ont pas de caractères spéciaux, et, si un iudividu a commis un acte sous l'influence du délire, il doit être déclaré irresponsable.

M. G. Ballet a répondu que la théorie soutenne par M. Charpentier anrait besoin, pour être probante, d'être appuyée de faits, et, ce qu'on doit demander, c'est si les membres du Congrès ont observé des faits de délire transitoire essentiel.

M. Lalanne divise les délires transitoires en trois catégories :

1° Cenx qui sont sous la dépendance d'un état congestif;

2° Cenx qui sont sons la dépendance d'une intoxication;

3° Ceux qui sont sons la dépendance d'une névrose.

Il a apporté trois observations, dont une présente nne impnlsion homicide liée à nu état congestif. On constatait chez le malade de l'inégalité pupillaire et quelques idées de grandeur.

Après une discussion à laquelle ont encore pris part MM. Regnard, Régis, Ballet et Kéraval, et après la réponse du rapporteur, M. Motet résnme le débat et propose cette conclusion : Que le délire transitoire existe, mais qu'il est toujours lié à un état pathologique antérieur. Cette motion est adoptée.

Le soir avait lieu le banquet traditionnel avec les toasts d'usage ; mais, après le dîner, une surprise nons était ménagée : c'était un charmant concert organisé par

le très dévoué secrétaire général du Congrès, avec le concours de M. Petrucci fils, et de M^lle^ Bauer, professeur de chant.

La séance du mercredi matin a commencé par une série de projections de photographies de malades observés par M. Brissaud, puis la parole a été donnée à M. Coulon pour l'exposé de son rapport sur le rôle des artérites dans la pathologie du système nerveux.

Les conclusions du rapport étaient :

Dans les rapports réciproques des lésions artérielles et des lésions nerveuses qui peuvent évoluer sous l'influence d'une même cause, une infection, par exemple, le degré de dégénérescence cellulaire, héréditaire ou acquise, peut rendre compte de la prédominance, variable suivant les sujets, des lésions sur le système artériel ou sur les éléments nerveux.

Les intoxications n'ont généralement que peu d'action sur les artères comme processus d'attaque. Elles ont probablement une influence plus marquée sur des lésions artérielles déjà constituées. Mais leur action est uniforme sur toutes les parties du système artériel, et l'on doit se garder de mettre sur le compte des intoxications des lésions artérielles d'une autre nature, qui peuvent coexister, et qui affectent presque toujours une disposition plus ou moins circonscrite.

Dans la grande majorité des cas, les lésions artérielles du système nerveux sont des lésions d'endartérite ayant le caractère d'un processus local. Leur retentissement sur les éléments nerveux voisins ne s'expliquerait que par la propagation de l'inflammation à ces éléments, si les lésions artérielles étaient primitives.

Mais, le plus souvent, lésions artérielles et lésions nerveuses sont concomitantes et relèvent de la même influence pathogène, le plus souvent de l'infection.

Ce fait explique pourquoi la cause pathogène, portant son effet sur tous les éléments d'un organe, peut déterminer *par des localisations très variables de l'infection, sur tel ou tel point de son territoire*, des lésions locales dans lesquelles on retrouve des altérations vasculaires à côté des altérations des cellules nerveuses, alors qne les territoires voisins peuvent être plns ou moins, et parfois absolument respectés.

Les attaques violentes, qui conduisent rapidement les éléments à la nécrose, déterminent dans le tissu nerveux tous les caractères de l'inflammation aiguë. Dans la plupart des maladies infectieuses qni atteignent le système nerveux, l'artérite est concomitante de la lésion nerveuse, mais ne la crée pas.

Dans les inflammations plus lentes, les deux ordres de lésions peuvent marcher côte à côte, avec prédominance plus manifeste sur le système artériel ou sur les éléments nerveux, mais là encore, on peut se rendre compte de l'indépendance relative de chaque ordre de lésion.

Dans les maladies qni affectent nne disposition plus ou moins systématiqne, ce n'est pas la sclérose artérielle qui est la cause de cette disposition. Les lésions dégénératives des faisceaux blancs sont bien plus nécessairement liées à des lésions de lenrs centres cellulaires. Mais dans les territoires lésés, les artères participant au processus inflammatoire affectent tout naturellement, dans la distribution de leurs lésions, une disposition topographique en rapport avec celle du territoire lésé.

Dans les inflammations chroniques des centres nerveux, qui se terminent par la sclérose, il faut admettre que cette sclérose, qui n'est jamais uniformément étendue à tout l'organe, mais affecte plus spécialement certains territoires, souvent à l'exclusion de certains autres, est la conséquence de processus inflammatoires sonvent

répétés, ayant déterminé à la fois des réactions de la part des vaisseaux et de la part des éléments nerveux dans ces territoires. Mais on ne peut mettre cette sclérose sur le compte des lésions artérielles.

Dans la pathologie du système nerveux, le rôle des artérites est presque entièrement contenu dans celui des lésions secondaires auxquelles elles peuvent donner naissance : les dilatations anévrismales et les phénomènes le plus souvent locaux qu'elles déterminent ; les diminutions de calibre dues à l'épaississement des parois artérielles qui peuvent entraîner des phénomènes de claudication intermittente et d'ischémie ; les oblitérations emboliques ou thrombosiques qui déterminent des foyers de ramollissement ; enfin, les ruptures artérielles et tout le cortège des accidents qui leur sont attribuables.

En dehors de ces accidents, des lésions artérielles, même très avancées, peuvent ne se traduire par aucun symptôme.

Des remercîments, au nom du Congrès, furent adressés par le Président à M. Coulon pour la tâche qu'il avait remplie, dans des conditions difficiles, et M. Massary présenta une observation d'hémiplégie progressive ayant évolué en vingt jours, et s'étant terminée par la mort. A l'autopsie, on trouva une lésion énorme à la région rolandique, lésion due à un ramollissement blanc par œdème cérébral. La cause de l'œdème était un nodule endartéritique à la terminaison de la carotide.

Personne ne demandant plus la parole sur la question des artérites, la séance fut continuée par la relation d'une épidémie de myélite infectieuse observée à l'asile de Sainte-Gemmes, dans le cours de l'année 1897, relation faite par M. Petrucci.

La maladie ent un débnt insidieux et quelques morts

subites vinrent en montrer la gravité. Cent cinquante-cinq snjets furent atteints et trente ont snccombé.

Les premiers symptômes étaient de l'œdème des membres, des battements du cœnr désordonnés, de la tachycardie avec hypothermie, des tronbles digestifs, vomissements, diarrhée plus fréquente que la constipation, des donlenrs en ceintnre ; les urines étaient souvent diminuées, parfois contenaient nn pen d'albumine. Lorsqne la maladie n'évolnait pas au delà de cette première période, et se terminait par la guérison, la convalescence était très longne.

Si la maladie s'aggravait, on voyait apparaître des troubles moteurs, des paralysies des membres inférienrs, passant parfois aux membres supérieurs ; on observait la perte du sens musculaire, l'abolition des réflexes, la paralysie de la vessie. Certains malades non paralysés lançaient leur pied en avant comme les ataxiques. On observa des arthropathies, des troubles vaso-motenrs, des phlyctènes, de la desquamation de la peau, n'ayant tontefois pas l'aspect de la pellagre. La gnérison était encore possible à cette période, et dans ces cas on voyait les symptômes s'atténner pen à pen.

Quand la maladie évolnait vers nne issne fatale, on arrivait à la période de cachexie avec tronbles trophiqnes. Les troubles digestifs, qui avaient disparu après la première période, reparaissaient ; le pouls devenait petit ; la paralysie gagnait les mnscles du larynx et dn pharynx, le diaphragme, et les malades mouraient, après nne longne agonie, d'asphyxie par paralysie bulbaire, avec sueurs profuses parfois fétides. Les tronbles trophiques, observés à cette période de cachexie, étaient des phlyctènes se séchant sans s'ulcérer ; les mains se momifiaient ; il y avait des atrophies muscnlaires ; et des escarres sacrées se produisaient.

Une discussion s'engagea sur la nature et les causes

de cette épidémie, rappelant l'épidémie observée jadis déjà à Sainte-Gemmes, et qne Billod considéra, probablement à tort, comme étant la pellagre. M. Chantemesse ayant été chargé de rechercher la cause de la maladie, et n'ayant pas encore fait connaître les résultats de ses travaux, M. Petrucci ne pouvait que se montrer fort réservé. Il y aurait toutefois selon lui des présomptions pour qu'il y eût une origine hydrique.

La séance a été terminée par une communication de M. J. Voisin, sur l'élimination du blen de méthylène chez les épileptiques. Chez les sujets sains l'élimination est toujonrs rapide. Chez les épileptiqnes elle varie ; elle est intermittente et prolongée dans les périodes d'accès, et rapide dans les périodes intercalaires. Or, les toxines s'éliminent comme le bleu de méthylène, d'où la conclusion qu'il y a, chez les épileptiques, des périodes d'hypertoxicité dn sang, et des périodes d'hypotoxicité, et qu'il y a dans les périodes d'accès un élément infectienx.

L'après-midi du mercredi a été consacrée à la visite de l'asile Sainte-Gemmes. Je ne ferai pas la description de l'asile si pittoresqnement sitné sur le bord de la Loire, et je me bornerai à dire qu'il est en voie d'amélioration constante, grâce anx efforts persévérants de M. Petrncci. Nous aurions bien qnelques critiques à faire, et le pensionnat en construction, pour les hommes, ne répond pas à notre idéal; mais il paraît que, dans Maine-et-Loire, l'architecte départemental connaît, parfois mieux que le médecin, les besoins dn service. C'est peut-être nne errenr, de la part de l'administration départementale, de partager cette conviction.

Dans la visite des infirmeries, M. Petrucci a fait voir les malades hors de danger, mais encore alités, ayant été atteints de l'affection dont nous avions entendu la description dans la matinée. Ces malades présentent

aujourd'hui les symptômes les plus nets d'une polynévrite périphérique, plus accentuée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs.

Après la visite de l'asile, on a pu se reposer dans les jardins, en admirant le superbe panorama de la Loire, un peu trop envahie, malheureusement, par les sables, et un banquet a été offert à l'asile aux membres du Congrès. Chaque convive pouvait emporter comme souvenir un menu fort joliment illustré. Le banquet a été suivi des toats d'usage ; mais le clou de la fête était, après le banquet, une représentation théâtrale parfaitement organisée. Une comédie en un acte de Labiche et Dufresnois a été très bien jouée, entièrement par les malades de l'asile, et il n'est peut-être pas sans intérêt de faire connaître la distribution de la pièce, en indiquant la forme de folie dont les acteurs étaient atteints :

Trempar. — Halluciné chronique ; incohérent ; s'occupe de la communication de la terre avec les étoiles.

M^me^ Trempar. — Hystérique chronique ; impulsive ; délire mystique et de grandeurs ; idées de persécution.

Lucida. — Hystérique ; convalescente d'un accès maniaque.

Navaro. — Imbécile ; ne sait ni lire, ni écrire.

Antoine. — Héréditaire ; alcoolique ; bouffées délirantes intermittentes.

Fador. — Héréditaire ; alcoolique ; idées de grandeur.

Edmond. — Rémission de paralysie générale ; troubles physiques persistants ; a été placé à l'asile à la suite d'une expertise médicale ; avait subi huit condamnations antérieures pour escroqueries.

Les acteurs improvisés savaient admirablement leur rôle et l'ont joué avec le plus grand sérieux, et sans laisser révéler la moindre trace de leur délire. Je serai peut-être indiscret en révélant que ce résultat a été obtenu grâce à M^me^ Petrucci, qui s'est montrée un fort habile metteur en scène, et avait disparu, pendant la représentation, pour occuper la loge du souffleur.

Comme on ne se refuse rien à l'asile Sainte-Gemmes nous avons eu ensuite les honneurs d'une première, d'un opéra-comique inédit, *La Paludière de Pornichet*, paroles de M. Meunier, musique de M. Paul Petrucci. Les principaux rôles étaient tenus par des amateurs, entre autres M^lle^ Bauer, que nous avions entendue dans le concert de la veille.

Les rôles secondaires et les chœurs étaient chantés par les malades, et les décors avaient été brossés par M. Pinard, le secrétaire de direction, qui, dans tout le congrès, s'est montré l'auxiliaire dévoué du secrétaire général. Comme dans toute première ayant bien réussi, on a réclamé les auteurs pour les applaudir.

La fête avait été charmante, mais n'était pas encore terminée. Pendant la représentation, les jardins sur la Loire avaient été illuminés et avaient pris un aspect féerique. Un des bancs de sable qui encombrent la Loire a été utilisé pour y faire partir, sans danger et à bonne distance, un feu d'artifice, et le signal du départ a été donné par une retraite aux flambeaux avec la fanfare de l'Asile. Chacun partait avec le souvenir d'une des plus jolies soirées qu'on pût imaginer.

L'ordre du jour du jeudi était fort peu chargé; mais plusieurs de nos collègues avaient demandé à avancer leur communication fixée au vendredi.

M. Cullerre a communiqué quatre observations de délire de revendication, en dehors de la folie raisonnante. Dans le premier cas, les idées délirantes de revendication caractérisaient la première période du délire de persécution : l'aliénation mentale était confirmée. Dans le second cas, il s'agissait d'un héréditaire mélancolique, croyant qu'un voisin s'était emparé, sans droit, d'une parcelle de terrain ; il était devenu persécuté-persécuteur. Le troisième cas était une variété de mégalomane, ayant des antécédents héré-

ditaires chargés ; il croyait que son maître lui devait des terrains, et il avait été amené à l'asile à la suite des persécutions qu'il faisait subir à son maître. Le quatrième cas a été rencontré au début de la démence ; c'était un petit propriétaire, gêné, ayant commis des excès alcooliques ; il en voulait à son frère et aux hommes d'affaires ; il mit le feu à la maison dont la moitié seulement lui appartenait, but un verre d'eau-de-vie et alla se jeter dans un puits d'où on put le retirer. Reconnu dément, il fut déclaré irresponsable.

M. Terrien a lu deux mémoires, l'un, sur un cas de respiration de Cheyne-Stokes, à cycle très régulier, d'une durée de vingt-cinq jours, et terminé par la guérison ; l'autre intitulé : « Médecine mentale à la campagne, l'alcoolisme en Vendée. » Dans une pratique de dix ans, M. Terrien a traité dix-neuf cas d'aliénation mentale et a pu obtenir la guérison de quatorze de ces cas à domicile. La Vendée est un pays de buveurs et de dégénérés et l'hystérie y est fréquente.

Ce dernier mémoire a provoqué de courtes observations de M. Cullerre : d'après ce qu'il a pu constater, le paysan fait des écarts de régime chez lui et ne devient pas alcoolique. Les alcooliques sont des artisans qui vont au cabaret et ajoutent l'alcool au vin blanc.

M. Meige a communiqué l'observation très curieuse de toute une famille atteinte d'œdème nerveux persistant et sans lésion au cœur ni aux reins.

M. Sollier a communiqué ses recherches sur les centres viscéraux de l'écorce cérébrale. Il est parti de ce fait d'observation que, si les organes viscéraux sont atteints d'anesthésie, il y a une zone d'hyperesthésie cutanée correspondante, et il a appliqué cette méthode à l'étude de l'écorce cérébrale.

Il a ensuite apporté une observation de chorée saltatoire hystérique, datant de vingt-cinq ans, et guérie en

quelques semaines par un traitement psychique et la gymnastique musculaire.

M. Allard a rapporté une observation de myopathie primitive avec examens électriques ; il a obtenu de l'amélioration en recourant au traitement par le suc musculaire glycériné. Il a ajouté à sa communication la présentation de diverses épreuves radiographiques se rapportant à la neuro-pathologie.

M. Bourneville a fait une communication sur le traitement chirurgical de l'épilepsie, avec présentation d'une série de crânes à l'appui des observations. La conclusion est que, dans le plus grand nombre des cas, la craniectomie est inutile ; qu'elle est parfois dangereuse ; que l'intervention n'est appelée à rendre des services qu'au cas où l'on doit supprimer une cause d'irritation locale, dans un cas d'épilepsis traumatique, par exemple, où l'un des fragments formait une épine osseuse saillante dans le crâne.

Après ces diverses communications, on s'est occupé de régler les conditions d'organisation de la réunion du Congrès en 1899.

Le choix de la ville de Marseille, comme lieu de réunion, a été confirmé ; mais on a décidé que, par exception, et à cause du climat, la date serait fixée au mois d'avril, pendant la semaine de Pâques.

A une grande majorité, M. Doutrebente a été désigné comme Président.

Les questions suivantes ont été adoptées.

1° Délires systématisés secondaires. Rapporteur : M. Anglade ;

2° Psychoses polynévritiques. Rapporteur : M. Dutil ;

3° Aliénés méconnus et condamnés. Rapporteur : M. Taty.

Sur la proposition de M. G. Ballet, la ville de Limo-

ges a été indiquée comme lieu de réunion devant suivre Marseille, sous la réserve qne la réunion n'aura lieu qu'en 1901, le Congrès international se réunissant à Paris en 1900.

M. Bourneville a demandé, qu'à l'avenir, on mît au programme une qnestion d'administration, qui serait discutée dans une séance où seraient spécialement convoqués les membres de la Commission de surveillance de l'Asile, et les membres du Conseil général faisant partie de la Commission d'assistance. Acte a été pris de cette demande.

L'après-midi du jeudi a été consacré à une excursion à Saumur, avec réception à l'Hôtel-de-ville, vin d'honneur, visite à l'École de cavalerie où avait lieu une répétition générale du grand carronsel annuel. Journée fort agréable, mais un peu trop extra-médicale pour que je puisse donner plus de détails ici.

La matinée du vendredi a vu défiler nn grand nombre de communications, faites un peu à la hâte, parce que l'après-midi devait être employé à la visite des ardoisières d'Angers, et il n'y avait manifestement pas matière à l'ordre du jour pour une séance supplémentaire le lendemain samedi. C'est à cette séance qu'ont été communiqnés les travaux envoyés par des membres qni n'avaient pas pu venir au Congrès. Ces communications ont le défaut de ne pouvoir donner lieu à aucnne discnssion, puisque l'auteur n'est pas là pour défendre son opinion.

Le Dr Poix, du Mans, a envoyé une observation de maladie de Little, chez une petite fille de deux ans et demi. La maladie est attribuée à nne lésion cérébrale, au cours d'un accouchement laborieux.

M. Miraillé a lu un travail sur l'état du facial supérieur et du moteur oculaire commun dans les hémiplégies cérébrales de l'adulte. Il a soutenu que, chez les hémiplé-

giques, toutes les fois que le facial inférieur était paralysé, le facial supérieur l'était aussi, mais à un moindre degré, et, dans un certain nombre de cas, on constate une diminution de tonicité du moteur oculaire commun.

M. Terrien a communiqué un cas de guérison de paralysie hystérique par suggestion. La malade fut guérie par l'application des électrodes d'une machine électrique qui ne donnait pas de courant.

M. Péon a lu un mémoire intitulé : Contribution à l'étude des rapports entre l'épilepsie et la paralysie générale *ante-* et *post-mortem*, mémoire ayant provoqué de courtes observations de M. Régis.

M. Pierre Parisot, de Nancy, a apporté un travail intitulé : De la basophobie chez les ataxiques. La basophobie est une complication de l'ataxie locomotrice, dont la connaissance offre un réel intérêt, au point de vue de la symptomatologie et de la thérapeutique du tabes. Si c'est la névropathie qui prédispose l'ataxique à une phobie quelconque, ce sont les lésions organiques du tabes qui créent et spécifient cette phobie. L'ataxique tire de ses sensations anormales, musculaire, articulaire, cutanée, de ses sensations vertigineuses, enfin de la vue même de son incoordination, la raison de sa basophobie. La basophobie n'est pas proportionnelle au degré d'incoordination motrice ; elle modifie parfois, en provoquant des contractions musculaires, la démarche classique de l'ataxique ; méconnue, elle fait croire à une impotence du malade plus grande que ne le comportent réellement les lésions organiques dont il est atteint. Le traitement moral a une influence heureuse sur cette complication d'ordre psychique, à condition d'être prolongé et consolidé par l'application simultanée des moyens propres à atténuer les sensations anormales du tabétique.

MM. Nogués et Sirol ont déposé l'observation d'un cas fruste de tabes combiné.

MM. Rispal et Anglade ont envoyé un mémoire sur l'état des cellules nerveuses chez un épileptique mort en état de mal. La lésion principale était l'invasion des cellnles par des corpuscules apparemment névrogliques, et le développement de ceux-ci aux dépens de la cellule envahie, une sorte de phagocytose, d'origine névrogliqne.

M. Séglas a envoyé un mémoire intitulé : Le délire d'auto-accusation systématique, et une observation de tumeur du corps calleux, observation recueillie avec la collaboration de M. Londe.

M. Mally a déposé un travail sur un cas de paralysie faciale double, d'origine bulbaire, et sur le traitement électrique des paralysies faciales. L'auteur conclut à l'inutilité du traitement local dans les cas qui présentent la réaction de dégénérescence, les muscles non dégénérés bénéficiant au contraire, dans une large mesure, du traitement électrique.

M. Brunet a enfin lu un travail sur l'organisation des asiles publics d'aliénés de la proviuce. Il a émis l'opinion que la réunion des fonctions de directeur et de médecin en chef est préférable quand une seule personne peut suffire au service médical. L'importance du service dépend, non du nombre total des aliénés, mais du mouvement des admissions. L'autonomie des médecins adjoints n'est possible que dans les grands asiles où la division du service administratif existe, sinon ce serait l'anarchie. Le type de l'établissement que l'on doit préconiser est l'asile de quatre cents à six cents malades, avec un domaine d'environ soixante hectares.

L'heure était trop avancée pour qu'une grande discussion s'engageât, et quelques observations furent seulement échangées au sujet du recrutement des internes; puis, dans une courte allocution, le Président prononça la clôture de la neuvième session de nos congrès annuels.

La journée s'est terminée aux ardoisières de Trélazé

où le Congrès a reçu l'accueil le plus aimable de la part de M. le Dr Guichard et des ingénieurs dirigeant l'exploitation. Nous avons vu des choses fort intéressantes ; mais j'ai déjà dépassé les limites habituelles d'une chronique, et il est convenu que je ne fais qu'effleurer ici le côté extra-médical du Congrès.

Une dernière excursion avait été annoncée : c'était une excursion en bateau à vapeur sur la Loire. Mais l'homme propose et la Loire a ses caprices comme une simple névropathe. Pour l'instant elle manquait d'eau, et ce qui était possible quand le programme avait été fait, ne l'était plus aujourd'hui. Nous n'avons pas osé trop regretter ce petit mécompte, car la semaine avait été bien remplie, du lundi matin au vendredi soir, et notre excellent confrère et ami Petrucci a obtenu le succès le plus complet dans l'organisation du Congrès à Angers. M. Motet, dans son discours d'ouverture, nous avait promis « l'une de ces semaines heureuses dont on garde les plus doux souvenir », et le secrétaire général du Congrès n'a pas voulu faire mentir le Président. La seule critique à faire (je ne parle pas du retard apporté à la distribution d'un des rapports, retard dû à un cas de force majeure), est que l'ordre du jour a été un peu trop souvent retouché, ce qui est de nature à apporter un peu de trouble dans les travaux du Congrès. Il n'en est pas résulté d'inconvénient bien sensible à Angers ; mais c'est une mauvaise habitude que nous prenons dans nos Congrès de ne pas respecter l'ordre du jour, et d'admettre trop facilement des interversions dans le programme. J'aurais mauvaise grâce à jeter une note discordante sur une réunion aussi réussie que celle d'Angers et je préfère terminer en donnant rendez-vous à tous, à Marseille, sans oublier les dames qui, je crois, n'ont pas regretté d'avoir accompagné leurs maris en 1898.

A. Giraud.

Psychologie morbide.

GÉNIE ET FOLIE

RÉFUTATION D'UN PARADOXE

Par le Dr Albert REGNARD

(*Suite*) (1)

C. — Hommes de génie dans le domaine de l'Esthétique (2).

Hésiode, Pindare, Tyrtée, Alcée, *Sappho*, Anacréon, Longus, Théocrite, *Lucrèce*, Catulle, Virgile, Ovide, Horace, Tibulle, Perse, Juvénal, Pline le Jeune, Héloïse, *Dante*, Boccace, Pétrarque. Chaucer, l'Arioste, le Tasse, Froissart, *Villon*, Ronsard, *Cervantes*, Camoëns, *Milton*, Bossuet, Mme de Sévigné, La Fontaine, Lesage, Addison, *Swift*, De Foë, l'abbé Prévost, Lessing, J.-J. Rousseau, Fielding, Richardson, Sterne, Mirabeau, Chateaubriand, Mme de Staël, *Gœthe*, Schiller, J.-P. Richter, Burns, *Shelley*, *Byron*, *Walter Scott*, Poushkine, Henri Heine, Balzac, Dickens, *V. Hugo*.

Eschyle, Sophocle, Euripide, Aristophane, Plante, Térence, *Marlowe*, *Shakespeare*, Ford, Ben Johnson, Lope de Vega, Calderon, Corneille, *Molière*, Racine, Regnard, Beaumarchais, Alfieri.

(1) Voir le numéro des *Annales* de janvier-février, mars-avril, mai-juin, juillet-août 1898.

(2) Ni les Homérides ni les chantres védiques, séries de personnalités indéterminées, ne peuvent prendre place ici. Quant à l'ordre de ces noms, comme à celui des précédents, il n'a rien de rigoureusement chronologique.

Palestrina, Orlando de Lassus, Peri, Monteverde, A. Scarlatti, Lulli, *Rameau*, *Haendel*, Bach, *Pergolese*, *Haydn*, *Gluck*, Sacchini, *Mozart*, Cimarosa, Grétry, Méhul, Spontini, *Beethoven*, Weber, Schubert, Rossini, Mendelsohn, SCHUMANN, Chopin, Berlioz, *Wagner*.

Phidias, Polyclète, Scopas, Praxitèle, Polygnote, Zeuxis, Appelle, Giotto, Van Eyck, Memling, Erwin de Steinbach, Ghiberti, Ghirlandajo, Fra Angelico, Mantegna, le Pérugin, Léonard de Vinci, *Raphaël*, Bramante, *Michel-Ange*, le Corrège, Giorgione, le Titien, André del Sarte, Holbein, L. Cranach, Albert Dürer, Benvenuto Cellini, Pierre Lescot, Jean Goujon, Bernard Palissy, Paul Véronèse, Le Tintoret, Salvator Rosa, Quentin Metsys, Jordaens, D. Teniers, Rembrandt, Steen, Paul Potter, Ruysdael, Hobbema, Rubens, Van Dyck, Vélasquez, Murillo, Annibal Carrache, Le Poussin, Lesueur, Hogarth, Claude Lorrain, Puget, Watteau, Boucher, Fragonard, Chardin, Greuze, Houdon, Reynolds, Gainsborough, David, Prudhon, Géricault, Canova, Thorwaldsen, Decamps, Delacroix, Rude.

Sur ces 172 grands hommes appartenant à la section du génie dans l'art, 30 sont stigmatisés par M. Lombroso comme entachés d'nne tare quelconque.

Mais j'éliminerai d'abord Cervantes (p. 37), B. Cellini, Rameau, signalés comme atteints de « vagabondage ». Les individus anormaux, atypiques, non faits pour l'état de société, ai-je dit ailleurs, se divisent en trois catégories : ceux qui tnent, ceux qui volent, ceux qni, sans tuer ni voler, veulent vivre sans rien faire ; les meurtriers, les voleurs et les oisifs (mendiants et vagabonds). Le vagabondage constitue donc bien une tare, mais en tant qu'il apparaît comme la manifestation caractéristique de la fainéantise (1). Qu'nn Cervantes ou un Byron aient couru le monde, cela ne saurait permettre, en aucune façon, de les assimiler aux malheureux

(1) Cf. A. Reguard. *De la suppression des délits de vagabondage et de mendicité*, pp. 34, 59. Paris, Larose, 1898.

véritablement tarés, qui parcourent leur pays d'un bout à l'autre, parce qu'ils aiment mieux mendier en marchant que de vivre en travaillant. Mais M. Lombroso nous en a fait voir bien d'autres, et nous ne sommes pas au bout ! C'est ainsi qu'il faut encore écarter Léonard de Vinci, célibataire, et qui, parfois, esquissait de la main gauche (p. 26) ; de même Shakespeare, flétri comme n'ayant pas eu de postérité, bien qu'il ait engendré au moins trois enfants, et que sa petite-fille Elisabeth ait vécu jusqu'en 1670. J'ajoute que le fait de n'avoir pas de postérité peut tenir à des causes extrêmement variées ; sans compter qu'en raison de l'influence inélnctable du conjoint, cette circonstance est déponrvue de toute valeur, dans l'espèce.

A retrancher aussi, d'emblée, Victor Hugo, qui était orgueillenx (1) (p. 77) ; Raphaël, Mozart et Goethe qui furent précoces (p. 29). De fait, il faut en prendre son parti et renoncer à plaisanter les enfants prodiges ; ceux qui trop souvent avortent, ne sont que de faux « petits prodiges », dont on a inconsidérément surfait la valeur et dont l'intelligence reste stationnaire — quand elle ne s'atrophie pas, à partir de la pnberté. D'une façon générale, il est très juste de l'affirmer, le génie des grands hommes s'esquisse dès leur enfance ; les faits cités ici par M. Lombroso sont aussi nombreux qu'incontestables.

Autre chose est la conséquence qu'il en prétend tirer au profit de son argumentation, en affirmant « qu'un autre caractère commun au génie et à la folie, à la folie morale surtout, c'est la précocité ». On avait cru jusqu'ici — qu'à part l'idiotie — la folie propre-

(1) Aussi Hogarth, « qui dut le grotesque de ses inspirations à une taverne de Highgate où un ivrogne lui cassa le nez dans une dispute » ! (p. 42).

ment dite, extrêmement exceptionnelle chez l'enfant, était surtout une maladie de l'âge adulte ; il paraît qu'on s'était trompé. Tous les aliénistes persisteront pourtant à penser, je crois, que l'auteur de l'*Homme de génie*, dans l'intérêt de son paradoxe, avance ici avec la plus parfaite inconscience une contre-vérité de plus (1).

A propos de Mozart et de Gœthe, ajoutons que le premier, qui jouait si bien du piano, ne pouvait conper sa viande sans se blesser (p. 55)! et que le second vit un jour venir à lui sa propre image (p. 89). Disons, une fois pour toutes, que ces soi-disant hallucinations, surtout quand elles sont uniques, comme dans le cas présent, ne peuvent absolument pas entrer en ligne de compte. Cela se résout souvent dans une simple erreur d'appréciation, comme dans l'aventure de Walter Scott qni, venant d'apprendre la mort de Byron, crut voir, tout à coup devant lui, l'image de son ami ; en s'approchant, « il reconnut que cette vision était due à un certain agencement (2) d'une draperie étendue snr un écran ». Dans le cas de Benvenuto Cellini, l'hallucination paraît plutôt comme un rêve amplifié par l'imagination de l'artiste.

Shelley (3), l'un des trois plus grands poètes de l'Angleterre — les deux autres étant Shakespeare et Mil-

(1) Dans ses deux remarquables études sur *La Folie chez les enfants* (1888) et l'*Homicide commis par les enfants* (1882), M. Paul Moreau (de Tours) n'a jamais prétendu, comme paraît le lui faire dire M. Lombroso, que la folie proprement dite était d'une extrême fréquence chez les enfants. Il s'est contenté de faire remarquer qu'elle se manifestait (surtout sous la forme de folie morale ou criminelle) chez les très jeunes sujets, plus souvent qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici.

(2) Moreau, *loc. cit.*, p. 541.

(3) Percy Bysshe Shelley, né le 4 août 1792, à *Field place*, résidence de sa famille, près de Horsham, dans le comté de Sussex.

Dans la prochaine édition de la *Psychologie morbide*, l'œuvre

ton — fut sujet à des accès de somnambulisme. A l'âge de dix ans, on le mit en pension à Brentford, à l'école de Sion-House, où il rencontra un de ses cousins, Medwin, qui nous a transmis sur la jeunesse du poète des renseignements pleins d'intérêt.

Nous ne couchions pas dans le même dortoir, dit-il, mais je n'oublierai jamais l'apparition de Shelley dans ma chambre, une nuit, par un beau clair de lune. Il était en état de somnambulisme. Il avait les yeux ouverts et marchait à pas lents, se dirigeant vers la fenêtre. Je m'élançai vers lui, et l'ayant pris dans mes bras, je l'éveillai : je ne savais pas alors qu'il y eût danger à tirer brusquement un somnambule de son sommeil. Il était extrêmement agité, et, après l'avoir reconduit à son lit, je m'assis à son chevet pendant quelque temps et pus observer les violents effets de la surexcitation nerveuse produite par le brusque choc. Mais il lui arrivait souvent de rêver tout éveillé, en proie à une sorte de léthargie, et comme absent; et, lorsque l'*accès* (*sic*) était passé, ses yeux devenaient brillants, ses lèvres tremblaient, sa voix était brisée par l'émotion : il semblait livré à une sorte d'extase et parlait plutôt comme un esprit ou comme un ange que comme un être humain (1).

On sait qu'il périt en mer, à vingt-neuf ans. Peu de temps avant, il avait eu une hallucination.

Comme nous nous promenions sur le bord de la mer, après avoir pris le thé, raconte Williams, il me saisit violemment par le bras. Je lui demandai ce qu'il avait : — Le voici ! le voici encore ! s'écria-t-il pour toute réponse. Puis il se remit un peu et me déclara qu'il avait vu, aussi distinctement qu'il me voyait

capitale de Moreau (de Tours), il faudra faire disparaître à la page 539 les deux alinéas suivants :

Shelley était sujet à des visions de démons.

Percy Bisshe croyait à la réalité des apparitions. Un jour, il crut voir son fils récemment décédé, etc.

(1) Thomas Medwin, *The Life of P.-B. Shelley*. London, 1847, 2 vol. in-8°, t. II, pp. 33-34. Shelley eut une autre attaque vers l'âge de vingt ans. Le même Medwin le trouva un jour, à cinq heures du matin, endormi *sub Jove* dans un coin de Leicester square, sans que le poète put se rendre compte de la façon dont il était venu.

un enfant nu sortir de la mer et lui sourire en battant des mains. Il fallut recourir au raisonnement et à la philosophie pour le ramener tout à fait à lui, tant la vision l'avait impressionné (1).

Mais ce poète exquis était en même temps un philosophe, affranchi de toute conception métaphysique et religieuse. Il put se ressaisir et, de fait, ces phénomènes morbides passagers paraissent uniquement comme l'effet d'une excitation cérébrale extrême, loin qu'on puisse y reconnaître en aucune façon les caractères de la folie (2).

J'en demande bien pardon ; mais il faut rayer également de la liste Haydn, qui, en composant la *Création*, aurait récité des *Ave Maria* pour s'inspirer. C'est une niaiserie assurément, en rapport avec l'éducation du célèbre compositeur, mais qui, ainsi isolée, ne saurait constituer une tare. J'en dirai autant de Rossini, qui « avait horreur des chemins de fer » et se laissait aller assez souvent « à composer dans son lit ». De même, pour l'Arioste, incriminé simplement parce qu'après avoir reçu le laurier des mains de Charles-Quint, il aurait couru comme un fou à travers les rues (p. 79).

Quant à Milton, où M. Lombroso a-t-il pris qu'il était hydrocéphale, ainsi que Gibbon, Linné, etc. ? Et comment un sujet atteint d'hydrocéphalie, c'est-à-dire ayant le cerveau comprimé, aplati par la sérosité distendant les ventricules, comment un pareil sujet pourrait-il apparaître comme un génie ou même comme un simple talent ? Par cette qualification d'hydrocéphale, l'auteur a certai-

(1) Journal de Williams, cité par lady Shelley, in *Shelley Memorials* (1859), p. 192. Il s'agissait de la petite Allegra, fille de lord Byron, morte récemment.

(2) Cf. A. Regnard. *Un poète révolutionnaire, P.-B. Shelley*, dans la Revue *La Jeune France* (mai à août 1881). On connaît le vers grec inscrit par l'auteur du *Prometheus unbound*, sur le registre de la Chartreuse de Montanvers, en Suisse :

Εἰμὶ φιλάνθρωπος, δημοκρατικός τ' ἄθεός τε,

profession de foi qu'il n'a jamais démentie.

nement voulu dire de Milton qu'il avait une tête énorme, disproportionnée, comme il peut arriver chez les rachitiques. Or non seulement le terme est singulièrement impropre, mais le fait n'est pas exact. Milton était, à dix ans, un des plus jolis enfants qui se puissent voir, et, arrivé à l'âge d'homme, un très beau garçon : ce qui ne se concilie guère avec une tête disproportionnée (1).

Beethoven est signalé comme célibataire, précoce (p. 31), distrait (p. 56), descendant de musiciens et d'ivrognes (p. 213).

Laissons de côté l'hérédité musicale, sur laquelle nous reviendrons, et parlons seulement de l'ivrognerie. Il est certain que la grand'mère de Beethoven buvait « comme un trou » (2) et que le père de l'illustre compositeur fut un grand ivrogne ; mais cela n'alla pas jusqu'à la folie alcoolique, et ce qui prouve bien que la tare n'y était pas encore, c'est que Beethoven lui-même, — quoi qu'on en ait dit sans preuves — ne s'adonna jamais à la boisson. Victor Wilder a certainement exagéré dans le sens contraire en affirmant que ses breuvages favoris étaient l'eau pure et le café ; de fait, « il n'en aimait pas moins à se délasser le soir en faisant un tour au cabaret » où il se délectait « en vidant un verre de bière et en fumant une bonne pipe » (3). Quoi qu'il en soit, d'après la théorie Lombrosienne, Beethoven aurait dû son génie au fait d'avoir eu deux ivrognes parmi ses ascendants ; pour moi, il en fut redevable plutôt à cette circonstance qu'il apparut comme le terme ultime d'une série de musiciens de talent.

(1) Voyez les deux portraits du temps, reproduits dans l'ouvrage du professeur Masson, qui fait autorité sur la matière : *The life of John Milton*, 3 vol. in-8°. Nouvelle édit., 1881, t. I, p. 66. A cause de sa jolie figure, ses camarades d'école l'appelaient *the lady*, *the young lady* (la demoiselle).

(2) Wilder. *Beethoven*. p. 13. Paris, 1885.

(3) Le même V. Wilder, *loc. cit.*, p. 209.

Je ne saurais, ici, laisser échapper l'occasion de servir au lecteur la délicieuse formule suivante : « C'est ce qui explique comment *les maîtres musiciens abondent parmi les génies aliénés* : Mozart, Lattre, Schumann, Beethoven, Donizetti, Pergolèse, Fenicia, Ricci, Rocchi, Rousseau, Haendel, Dussek, Hoffmann, Gluck, Petrella ; car la création musicale est la plus subjective, la plus liée aux sensations affectives » (1), etc.

Au diable Fenicia, Petrella, Lattre, Dussek, Ricci et Rocchi et même Hoffmann avec Donizetti ! Que si l'on veut tenir l'auteur des *Contes fantastiques*, pour un génie, ce n'est certainement pas au point de vue musical et quant à Donizetti, j'estime que la banalité de ses inspirations l'eût laissé depuis longtemps tomber dans le plus complet oubli, si sa musique n'avait été relevée et soutenue par le caractère vraiment touchant, encore qu'un peu vulgaire, de ses deux soi-disant chefs-d'œuvre, la *Favorite* et *Lucie*. De même Rousseau, s'il n'avait composé que le *Devin du village*, n'aurait point passé à la postérité.

Gluck, il est vrai, est stigmatisé comme buveur, ainsi que Marlowe. Il est malheureusement trop certain que l'auteur du *Jew of Malta*, l'immortel et nécessaire précurseur de Shakespeare, périt à vingt-neuf ans, dans une querelle de taverne. Mais il faut être venu à l'époque où nous sommes, d'imbécile et bourgeoise tartufferie, pour voir un homme stigmatisé uniquement parce qu'il a mis le pied dans un cabaret.

Quant à Gluck, s'il est vrai qu'avec Horace et tous les honnêtes gens, il a su apprécier à son heure un verre de bon vin, je rends grâce à la bienfaisante liqueur, funeste aux seuls dégénérés, qui a pu contribuer à l'éclosion de ces purs et éternels chefs-d'œuvre, —

(1) Lombroso, *loc. cit.*, p. 342.

Orphée, *Alceste* et *Armide*. M. Lombroso affirme « qu'en dehors du vin, Gluck aimait aussi l'eau-de-vie, et qu'un jour il en but tant qu'il en mourut » (p. 87). Or, voici, en réalité, comment les choses se passèrent. L'illustre musicien avait eu, en 1779, une première attaque d'apoplexie, après la production d'*Echo et Narcisse* ; c'est alors qu'il confia à Salieri le poème des *Danaïdes*, sur lequel il travaillait et se retira à Vienne où il mena pendant quelques années une vie tranquille et heureuse. En 1784, nouvelle attaque à la suite de laquelle il perdit comme la première fois l'usage du bras et de la jambe gauches. Trois ans après, le 15 novembre 1787, comme il hébergeait deux amis venus de Paris, on servit, après le déjeuner, le café et les liqueurs ; M^me^ Gluck s'étant absentée un moment, ses convives le pressèrent de prendre un petit verre de liqueur. Gluck, auquel on en avait défendu l'usage, finit par en avaler un en priant ses hôtes de ne pas le dire à sa femme. Environ une demi-heure après, une troisième attaque d'apoplexie se déclara et détermina sa mort (1).

Ainsi, cette immense quantité d'eau-de-vie se réduit à un petit verre de liqueur et, de fait, Gluck meurt d'une troisième attaque dans laquelle ce malheureux verre n'était probablement pour rien. Et voilà — toujours — comme M. Lombroso écrit l'histoire.

Haendel est signalé comme célibataire, précoce, buveur (p. 87) et épileptique (p. 68 et 486). Ces deux dernières accusations paraissent fondées sur le passage suivant du « Père Fétis » : « Deux grands défauts ternissaient l'éclat qui rejaillissait sur lui des productions de son génie. Le premier était une violence de caractère, un emportement qui ne connaissait point de

(1) *Encyclop. d. Ersch. und Grüber*, 1^re^ section, t. LXIX-LXX, p. 251, art. Gluck, par Heinrich Döring.

bornes ; le second, une intempérance qui le faisait souvent s'abandonner aux excès les plus condamnables. Dans les excès de sa colère, il était capable de se porter aux dernières extrémités. C'est ainsi que, dans un mouvement de fureur contre la cantatrice Cuzzoni qui refusait de chanter l'air « *Falsa imagine* » de son opéra d'*Othon*, il la prit dans ses bras et la menaça de la jeter par la fenêtre » (1).

Qu'un spectateur de cette scène ait pu s'écrier : c'est de l'épilepsie! passe encore. Mais ce n'eût été qu'une façon de parler et assurément un médecin, un aliéniste n'eût jamais porté, à ce propos, un tel diagnostic. Quant à ce qui regarde l'intempérance, elle ne paraît pas avoir beaucoup gêné le fécond musicien, qui ne composa pas moins de cent opéras et oratorios, dont plusieurs sont des chefs-d'œuvre. Certains objecteront que s'il n'eût pas été buveur, il en aurait composé deux cents ; de même aussi qu'il aurait pu vivre un siècle au lieu de soixante-quinze ans, etc., etc. Un fait que M. Lombroso paraît ignorer, c'est que le célèbre compositeur eut en 1737 une attaque d'apoplexie, — ce qui ne l'empêcha pas de donner ultérieurement le *Messie*, son chef-d'œuvre. Je reviendrai plus loin sur ce fait intéressant.

Il me faut présentement examiner le cas de trois autres célèbres « épileptiques », Dante, Pétrarque et Molière.

Tout le monde a lu dans l'*Inferno* l'épisode de Françoise de Rimini et connaît le vers (2) qui le termine :

E caddi, como corpo morto cade.

C'est-à-dire :

Et je tombai comme un cadavre tombe.

(1) Fétis. *Biographie universelle des musiciens*, t. IV, p. 186, Paris, 1862.

(2) Dante. *L'Inferno*, cant. c. 142.

Eh ! bien, il n'en faut pas davantage à notre auteur pour diagnostiquer l'épilepsie ! Comment donc, voilà un homme, un poète qui s'imagine entraîné dans la « chambre des horreurs » infernales. Au sein d'un air empesté, il tombe dans un vol d'âmes en peine, misérables victimes de l'amour, que le Dieu juif des chrétiens condamne à d'éternels tourments. « Si le Dieu de l'Univers était notre ami, crie Françoise au poète, nous le prierions pour toi, qui a eu pitié de nous ! » En quelques vers impérissables, elle lui conte la pitoyable histoire. « Et tandis qu'un des esprits parlait, l'autre pleurait si fort que, de pitié, il me sembla mourir », ajoute le poète,

E caddi, come corpo morto cade

Vous croyez avec moi que le Dante a voulu, par cet évanouissement, marquer l'effet le plus terrible produit par la plus poignante émotion (1). Point ! ce passage et deux ou trois autres analogues prouvent inévitablement que l'auteur a dû ressentir, objectivement, les effets qu'il décrit si bien. S'agit-il en effet, d'épilepsie ou d'hystérie ? On veut bien reconnaître qu'il y a quelque péril à se prononcer : « *Ma fa inclinare per l'epilessia, l'erotismo di cui egli stesso s'accusa nel poema e l'irascibilita fiera di cui la leggenda ha raccolte tante prove!* » (2) Et voilà ! La fureur érotique du poète, sa hauteur, son irascibilité font pencher pour l'épilepsie. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à la page 554 de

(1) Voyez l'intéressante étude du Dr Auerbach : *Ueber Lombroso's Auffassung des Genius*, p. 9 sq., Berlin, 1895.

(2) Lombroso. Le nervosi in Dante e Michel-Angelo in *Archivio di Psychiatria*, 1894, p. 126 sq. Les autres passages indiqués dans la *Divine comédie*, sont : Inferno III, vers 139 ; V, 139 et VI, 1. — Purgatorio, XV, 120 ; XXVII, 91 ; XXX, 88. — Paradiso, XX, 140.

Cf. M. Durand-Fardel. Dante Alighieri, in *Nouvelle Revue* du 15 juin 1893.

son livre, M. Lombroso insiste sur ces « indices d'accès d'épilepsie » chez le même Dante, signalé à la page 553 parmi les quelques hommes de génie « qui achevèrent avec sérénité leur carrière intellectuelle et que la folie n'a jamais égarés ».

Quant à Pétrarque, accusé aussi d'épilepsie, on ne sait vraiment à quoi se prendre pour réfuter une assertion dont la preuve n'est nulle part alléguée. Il faut se contenter de cette formule donnée à deux fois (p. 68 et 486) : « On sait que Jules César, Dostoiewsky, Pétrarque, Molière, Flaubert, Charles V, Saint-Paul, Haendel, ont tous été sujets à des accès d'épilepsie ». Un point, c'est tout.

Et que voulez-vous que fasse un critique, désireux de vérifier cette allégation? Je ne pouvais pourtant pas lire toutes les vies de Pétrarque, ni tout Pétrarque, ni même toutes ses lettres. J'ai dû me contenter de Tiraboschi (1) de J.-A. Symonds (2), et de la consciencieuse étude de A. Bartoli (3), dans le septième volume de son histoire de la littérature italienne : le tout complété par la lecture de quelques-unes des plus importantes épîtres « *de rebus familiaribus* », et de l'article « Pétrarque » dans l'incomparable encyclopédie de Ersch et Grüber.

Voici ce qu'on lit sur la mort de l'auteur des sonnets, dans ce dernier travail, si admirablement documenté : « On ne sait rien de précis sur la date et les circonstances de sa mort, non plus que sur la nature de la maladie qui l'occasionna. On le fait mourir tantôt le 18, tantôt le 19 ou le 20 juillet ; les uns parlent d'apo-

(1) Tiraboschi. *Storia della Letteratura Italiana*, t. V, part. II. Lib. III. Milano, 1823.

(2) J.-A. Symonds, in *Enc. Brit.*, t. XVIII. London, 1885. *Sub voce* Petrarca.

(3) A. Bertoli. *Storia della Letteratura Italiana*, t. VII. Firenze, 1884.

plexie, les autres d'épilepsie ; certains disent qu'il rendit l'âme sans qu'on s'en doutât, assis sur son fauteuil ; d'autres qu'il expira dans les bras de son ami Lombardo da Serico. D. Aretinus, qui l'avait vu quelques jours avant, dit seulement qu'il mourut d'apoplexie... De Sades cite une lettre d'un contemporain, G. Manzini, qui rapporte que ses gens avaient trouvé Pétrarque paraissant endormi sur un livre ; comme on l'avait vu souvent dans une attitude semblable, sa mort avait passé inaperçue. Cela expliquerait comment on n'a jamais été sûr, non-seulement de l'heure, mais du jour de sa mort. On n'en sait pas davantage sur la nature de la maladie à laquelle il succomba (1). » Restons sur cette dernière phrase, résumé nécessaire de ce qu'on vient de lire. On ne peut pas plus se fonder sur de pareilles données pour affirmer l'épilepsie, que sur la lettre dans laquelle Pétrarque, retiré dans le village d'Arqua, se plaint d'accès de fièvre et de pertes de connaissance (2).

Ce qui paraît hors de doute, en revanche, c'est que ce grand homme, précurseur de la Renaissance, fut, toute sa vie, un homme tourmenté, « gehenné », sans caractère ni décision, menant de front l'amour platonique et l'amour pratique, chantant à pleins poumons cette Laure à laquelle son mari faisait onze enfants, et en faisant deux, lui-même, à une femme inconnue qu'il n'a pas chantée du tout (3). Il s'en allait répétant que tout est difficile ; de son propre aveu, le plus souvent il ne savait pas ce qu'il voulait, *quod vellem nequeo*, *quod*

(1) *Encycl. de Ersch et Grüber*, 111e section, t. XIX, XX, p. 242 (note).

(2) *Senil*, XIII, 7 (en 1370). Pétrarque mourut en 1374, âgé de soixante-dix ans et non de quatre-vingt-dix, comme le dit M. Lombroso (p. 98).

(3) Le fils de Pétrarque naquit en 1337, sa fille en 1343. Le garçon, que l'abbé de Sades a voulu, sans preuve, représenter comme un voleur, mourut en 1361. Il est consolant de savoir que

possem nolo (1). Il ne se trouvait bien nulle part, *pars mundi mihi nulla placet* (2); comme Pascal, il était continuellement tiraillé entre le Monde et la Foi. Et, chose remarquable, dans cette lutte, c'est l'homme du XIV^e^ siècle qui résiste, c'est le contemporain de Bossuet qui succombe. Il est vrai que le protestantisme n'était pas venu raviver le flambeau à demi éteint du judéo-christianisme ; mais surtout, tandis que le pauvre Pascal s'embourbait dans le jansénisme et la casuistique, Pétrarque se retrempait aux sources de cette antiquité aryenne, source de toute Force comme de toute Beauté, dont certains critiques malintentionnés voudraient sevrer la démocratie, sous un imbécile prétexte d'utilitarisme bourgeois.

Notre grand Molière est également atteint et convaincu d'épilepsie (p. 68 et 486), uniquement d'après ce passage de Moreau (de Tours), où il est dit de l'auteur de *Don Juan* : « A souffert de convulsions. Le moindre retard, le moindre dérangement *le faisait entrer en convulsion*, et l'empêchait de travailler pendant quinze jours » (3). Cela, d'après Grimarest, dont on ne donne pas le texte. Le voici : « Si Chapelle était incommode à ses amis par son indifférence, Molière ne l'était pas moins dans son domestique par son exactitude et par son arrangement. Il n'y avait personne, quelque attention qu'il eût qui y pût répondre : une feuêtre ouverte ou fermée un moment devant ou après le temps qu'il l'avait ordonné, mettait Molière en convulsion... Si on

le pape Clément VII, par un bref spécial, légitima ou du moins déclara propre à recevoir les ordres, malgré la « tare » de sa naissance « *Giovanni di Petrarca, scolare Fiorentino nato de soluto et soluta* ». Tiraboschi, *loc. cit.*, p. 780. Cf. J.-A. Symonds, *loc. cit.*

(1) Petrarca. *De reb. famil.*, XVI, 11.

(2) *Ibid.*, XV, 8. Certaines gens, à ce propos, parleront de folie du doute et d'aboulie, qualifications bien déplacées pour des faits d'ordre aussi simple et aussi commun.

(3) Moreau, *loc. cit.*, p. 355.

lui avait dérangé un livre, c'en était assez pour qu'il ne travaillât de quinze jours » (1). Il faut vraiment de la bonne volonté pour conclure de ce passage à l'existence de l'épilepsie. Le mot « convulsion » dans le langage ordinaire, non technique, n'a nullement le sens qu'on essaye de lui attribuer ici ; c'est comme si l'on voulait encore voir de l'épilepsie dans la « convulsion » qui le prit, lors de la crise finale, au moment où, dans la cérémonie du *Malade imaginaire*, il prononçait le mot *juro* « et qu'il essaya de dissimuler par un rire forcé » (2). De même pour les spasmes, pour les accès de toux et de dyspnée, effet de la maladie de poitrine qui le minait et à laquelle l'immortel comédien et le trop sensible époux d'Armande Bejart finit par succomber (3).

J'arrive à la partie la plus pénible de ma tâche, aux accusations formulées par M. Lombroso contre Michel-Ange et Byron. Je n'insiste pas sur Sappho, le plus grand poète lyrique de tous les temps, dont l'ode impérissable, encore que mutilée, suffit à nous faire ratifier le jugement de l'antiquité tout entière ; Sappho, la seule femme qui ait jamais attesté qu'au moins, sous le rapport du génie dans l'art, l'Eternel Féminin pouvait égaler tout le reste. Quand M. Lombroso, dans l'intérêt de sa thèse, vient ici nous parler de perversion sexuelle, il se met tout bonnement au niveau du père Duruy, lequel ayant à traiter de la poésie lyrique en Grèce, se voile la face au seul nom de l'auteur de l'ode à Anactoria (4). *Margaritam ante porcos.*

Mais voici qui est plus fort. Notre auteur ne va-t-il pas accuser Michel-Ange du genre d'attentat que les

(1) Grimarest. *La Vie de Molière*, p. 247. Paris, 1705.
(2) *Ibid.*, p. 287.
(3) Cf. Dr A.-M. Brown, *Molière, poète et comédien*, étudié au point de vue médical (trad. française, Bruxelles, 1877).
(4) V. Duruy. *Histoire des Grecs*, t. I, p. 626.

Sémites de Sodome voulaient commettre sur les « Malleak » de Jahveh, c'est-à-dire, sur les anges du Seigneur ? Et cela, parce que dans ses lettres à un certain Cavalieri, l'illustre sculpteur s'épanche en effusions amoureuses, écrivant, par exemple, que si celui-ci venait à l'oublier, lui, Michel-Ange, en mourrait de chagrin. D'ailleurs, ajoute M. Lombroso — et ici il faut citer le texte très précieux, « Questa traspariva gia nelle sue opere, come che i suoi capolavori fossero tutti virili (Mose, Lorenzo e Giuliano di Medici) » (1). Après celle-là, il faut tirer l'échelle, surtout quand on pense au vrai chef-d'œuvre, à ce corps et foudroyant Moïse.

Quand même le grand artiste n'eût sculpté que les jeunes Médicis et l'esclave du Louvre, — quel raisonnement ! (2)

(1) Lombroso. *Dante e Michel Angelo, loc. cit.*, p. 130. « Cela se décèle déjà dans ses ouvrages, ses chefs-d'œuvre étant tous des représentations mâles (Moïse, Laurent et Julien de Médicis). »

(2) Dans une toute récente publication (*Genio e degenerazione nuovi studi e nuove battaglie* (Palerme, 1898), M. Lombroso n'hésite pas à ranger Shakespeare parmi les génies soupçonnés de *omosesualità* (p. 168). Une seule chose peut étonner, c'est qu'il n'ait pas argué plus tôt du premier groupe de sonnets (1 à 126), qui, depuis longtemps, ont, en Angleterre, scandalisé les imbéciles. L'orthodoxe Halliwel-Philipps va jusqu'à les regarder comme de simples jeux d'esprit, sans aucun caractère subjectif. La vérité est que les sonnets en question adressés au jeune comte de Southampton, protecteur acharné de Shakespeare qui, sans lui, n'eût peut être jamais pu sortir de l'embarras et de l'obscurité, — la vérité est que ces sonnets, tout en manifestant les sentiments d'une admiration et d'une amitié excessives, ne permettent de tirer aucune conclusion contre la moralité de l'auteur du *Roi Lear*.

Dans ce même volume, M. Lombroso signale, au nombre de ce qu'il appelle « les nouveaux génies aliénés », l'immortel Beccaria, accusé entre autres choses, d'aboulie et de mégalomanie. Je ne sais pas si, en effet, l'auteur des *Délits et des Peines* avait quelque embarras à se décider dans les circonstances ordinaires de la vie ; j'observe seulement que, dans cette grave question de la criminalité, son intervention a été aussi nette que décisive. Et quant à ce qui est de la mégalomanie, je ne puis en reconnaître les signes dans le fait que Beccaria aurait estimé assez haut son œuvre et son génie. On y voit aussi Alfieri, signalé dans l'*Homme de génie*

Mais ce n'est pas fini. « La criminalité chez les poètes et les artistes, ajoute M. Lombroso, est malheureusement plus forte (que chez les philosophes). Trop souvent ils sont dominés par leurs passions... Voilà pourquoi nous devons compter parmi les criminels les Bonfidio, les Arétin, les Cerera, les Brunetto Latini, les Franco et, *peut-être*, Foscolo et Byron » (p. 91). Que les Bonfidio et les Cerera s'en tirent comme ils pourront! Je n'ai à m'occuper ici que des génies proprement dits, et par conséquent, du seul Byron. Mais d'abord, que penser de ce « peut-être »? Il semble qu'en cas de doute, le nom de l'auteur de *Childe Harold* n'eût pas même dû être prononcé: Puisqu'il l'a été, mieux vaut raconter les faits et mettre à tous ces gens-là le nez dans leur ordure.

Lord Byron eut le malheur d'épouser une de ces femmes ignorantes et boruées qui semblent être nées pour être la négation éclatante des qualités de leur sexe (1). « Quand en aurez-vous fini, lui dit-elle un jour, avec cette mauvaise habitude de faire des vers? » Ce qui suffit à caractériser la situation. Cela n'empêcha pas la société bourgeoise de crier à l'abomination quand l'ancienne Miss Milbanke jugea à propos de quitter la maison conjugale, dont elle avait rendu le séjour insupportable. Tout ce monde bigot et fanatique, tous les « Pecksniffs », mâles et femelles — femelles surtout — prirent parti pour la « malheureuse abandonnée » contre le « libertin ». On racontait, entre autres

comme célibataire et impulsif, convaincu cette fois d'avoir souffert d'un « *vero accesso di epilepsia* », commençant par des vomissements de trente-six heures avec des convulsions et des secousses terribles de la tête, etc. » (!) *Genio e degenerazione*, p. 75.

(1) Voyez mon étude sur Byron, dans le *Viestnik Evropi* (*Messager de l'Europe* de Saint-Pétersbourg : *La Science et la Littérature dans l'Angleterre contemporaine*, lettre XV, p. 184 sq., juillet 1882.)

choses, qn'an cours d'une scène épouvantable, faite par Byron à sa femme, il avait jeté an feu une montre en or. De fait, si le noble lord avait eu seulement une once de sang criminel dans les veines, ce n'est pas la montre, c'est la femme qu'il eût flanquée par la fenêtre.

Plus tard, malheureusement, l'horrible mégère qu'était miss Milbanke rencontra sa pareille dans la personne d'un bandit de lettres, de ceux qui déshonoreraient éternellement la profession d'écrivain, si cette profession pouvait être déshonorée. L'auteur de cette fameuse *Case de l'oncle Tom*, que tant de gens ont pris au sérieux, Mrs Harriet Beecher Stowe, femme d'un clergyman, se vanta d'avoir reçu les confidences de lady Byron, laquelle accusait tout bonnement le poète d'inceste avec sa sœur Augusta (Mrs Leigh). Remarquez que l'accusation se produisit après la mort des deux conjoints, alors qu'il n'y avait plus moyen d'aller « interviewer » l'accusatrice et que l'accusé n'était plus là pour se défendre. Et lady Byron avait raconté cela à Mrs Beecher Stowe dans l'intérêt du « salut de l'âme de Byron » et Mrs Beecher — Oh ! mes frères et mes sœurs ! (*sic*) — dans le même intérêt ainsi que dans celui de la vérité (1) ! Comme tout cela est ignoble ! Oui certes, il y a un criminel dans cette affaire ; c'est, bien plus que miss Milbanke, la misérable folliculaire qui, dans l'unique espoir d'un succès de librairie, vu l'importance du scandale, n'hésita pas à

(1) Harriett Beecher Stowe, *Lady Byron vendicated*. London. Sompson Low, 1870, p. 3 et *passim* (surtout pp. 159, 166, 223, 231).

« Un examen attentif de tout ce que nous connaissons de M. Leigh — dit M. Leslie Stephen — des rapports entre le frère et la sœur et surtout des rapports affectueux de lady Byron avec Mrs Leigh à l'époque, tels que nous les ont révélés des lettres publiées depuis, tout concourt à prouver la fausseté de cette odieuse histoire. » (*Diction. of national Biography*, t. VIII. London, 1886.)

tenter de salir d'une souillure ineffaçable, et sans preuve à l'appui, la mémoire d'un grand homme. (1)

S'il fallait s'en rapporter aux littérateurs qui, ayant à écrire la vie d'un homme célèbre, lâchent la bride aux plus excentriques fantaisies de leur imagination, on devrait ranger d'emblée, parmi les justifiables de la théorie du génie folie, l'immortel auteur de *Gulliver*. Un jour, celui-ci se laissa aller à une de ces boutades humouristiques qui lui furent toujours si familières. C'était à propos de la misère et surtout de la saleté où croupissent les enfants irlandais ; la pièce commençait ainsi : « Il m'a été assuré à Londres, par un très savant Américain de ma connaissance, qu'un jeune enfant bien portant et bien nourri, constitue à l'âge d'un an un aliment délicieux » etc., etc. ; le reste dans le même ton (2).

Qui le croirait ? Cette simple bouffonnerie a été représentée comme « le suprême effort du désespoir et du

(1) Dans son récent volume cité plus haut, M. Lombroso ne fait plus aucune allusion à la criminalité de lord Byron. Il a trouvé son affaire ailleurs, dans l'ouvrage d'un certain M. Jeaffreson (*The real Lord Byron*, London, 1883), auteur d'un « livre sur le clergé », d'un « livre sur les médecins », et d'un « livre sur les hommes de loi ». Ce Monsieur, tout en se donnant des airs d'impartialité, s'est borné à rééditer les calomnies accumulées autrefois par la pruderie anglicane sur la tête du noble Lord, dans lequel il voit surtout « un maniaque inspiré », un « poseur sublime », un « misérable débauché », un « séducteur de profession », etc. L'étonnant biographe trouve très bien qu'on ait détruit les mémoires de Byron, destruction dans laquelle sa veuve eut la plus grande part. « Qu'est-ce que le monde y a perdu ? dit-il (t. II, p. 327). Rien ou peu de chose. » Et voilà, pour écrire la vie d'un grand homme, un auteur bien compétent, qui ne comprend pas ce qu'il y a d'antihumain, de sacrilège dans un pareil attentat ! M. Lombroso aurait pu être mis en garde par un article de la *Quarterly Review* (numéro de juillet 1883), organe conservateur cependant et peu suspect de partialité envers Byron, qui stigmatise comme une imposture la publication sur laquelle il a étayé son diagnostic.

(2) « Proposition modeste pour empêcher que les enfants des pauvres, en Irlande, soient une charge à leurs parents, etc. », 1729.

génie de l'auteur (1). » Taine y voit « une scène de cannibale », l'expression d'une âme ulcérée par le fiel de la plus noire misanthropie! C'est une des plus colossales erreurs à signaler dans les fastes de la critique; l'Angleterre en rit encore, bien que notre compatriote ait en partie suivi les appréciations de Thackeray, en les exagérant comme à plaisir. Par cet exemple, on peut juger du reste. Ajoutez que par suite de son existence relativement mouvementée et de son « ménage » irrégulier, au moins considéré comme tel, les plus pieuses calomnies s'abattirent sur le pauvre doyen de Saint-Patrick, représenté comme un dégoûtant misanthrope et un séducteur féroce.

On a voulu plus récemment le donner comme une sorte de Jean-Jacques, perpétuellement haineux et mécontent, ce qu'il n'était pas du tout. C'est ainsi qu'on en fait un misérable enfant, élevé par charité, recevant l'aumône d'un peu d'instruction. Le jeune Swift qui n'était pas riche, en effet, eut cependant le bonheur de posséder un excellent oncle en bonne situation de fortune et grâce auquel il put prendre ses grades à *Trinity College* (Dublin). Sa mère, parente de Sir William Temple, obtient du fameux homme d'État qu'il le prenne pour secrétaire; excellente aubaine à tous égards. Mais quoi! l'homme entiché d'une idée fixe ne recule devant aucune absurdité. Taine verse toutes les larmes de son corps sur le jeune secrétaire, « mangeant à la table des premiers domestiques et subissant les humiliations et les familiarités de la valetaille » (2). Quel valet cependant que celui qui était admis de temps en temps à la table d'un pareil maître,

(1) Taine. *Histoire de la Littérature anglaise*, t. IV, p. 75. Paris, 1866.

(2) *Ibid.*, p. 11.

et même dans l'intimité de Guillaume III, quand ce grand roi venait passer quelque temps au château de Sir William Temple (1).

Mais, non seulement ce « pauvre hère », cet écolier « bizarre et gauche », mène la vie de château en compagnie des grands de la terre, il est encore « l'enfant chéri des dames » ; comme Rousseau, en effet, avec cette différence que celui-ci, — un malade, véritablement, — se plaint toujours, tandis que Swift, sain de corps et d'esprit, se trouve parfaitement heureux. Je laisse de côté miss Waring, pour arriver de suite à cette Stella, que les âmes sensibles ont si sottement exaltée, aux dépens d'un homme qui valait assurément mieux qu'elle. C'était l'enfant d'une femme attachée à la maison de son patron. Swift lui donnait des leçons, et une fois de plus — car le cas est fréquent, — l'élève s'éprit de son professeur. Après avoir obtenu un bénéfice en Irlande, il l'emmena avec lui et ne s'en sépara plus.

Et comme si ce n'était pas assez de bonheur, il rencontrait quelques années après, à Londres, une jeune fille non moins charmante et encore plus éprise, miss Vanhomrigh, la Vanessa de ses poèmes. C'était en 1708 ; Swift avait quarante ans passés. Si l'on songe que cette nouvelle lune de miel dura quelques années, on reconnaîtra que le « doyen » fut tout de même un heureux mortel, quoi qu'en puissent dire Thackeray, Taine et Macaulay. Ce dernier le traite même de « ribald priest », ce qui ne saurait nous étonner de la part de ce doctrinaire, dont la réputation tend d'ailleurs à reprendre en Angleterre le niveau inférieur au-dessus duquel elle

(1) Tout le monde connaît, en Angleterre, l'histoire authentique des promenades du jeune Swift et du roi dans les allées du parc, promenades durant lesquelles ce dernier apprit à son jeune compagnon à couper et à manger les asperges à la manière hollandaise.

n'aurait jamais dû s'élever. Cet historien, si prodigieusement surfait chez nous, s'est toujours imposé la tâche d'insulter tous ceux dont la vie et les conceptions ne rentraient pas dans le moule étroit de ses propres idées.

Que Swift ait été malheureux plus tard par le fait des deux femmes auxquelles il se trouva en proie, — deux femmes jalouses ! — c'est là une vérité qui ne paraît pas douteuse, bien que, grâce à son caractère enjoué, à sa bonne humeur, il ait pu supporter la rude épreuve. Le pire arriva lorsque Miss Vanhomrigh se mit dans la tête de l'épouser ; elle alla jusqu'à écrire à Esther Johnson (Stella), avec laquelle le doyen vivait au su de tout le monde, une lettre dans laquelle elle lui demandait de préciser exactement la nature de ses relations avec ce dernier. Stella, justement indignée, remit le billet à Swift qui, sur-le-champ, monte à cheval, se rend chez Vanessa, pose sur une table l'inconvenante et méchante missive et repart sans avoir dit un mot. Peu de temps après, la misérable créature, malade depuis longtemps, succombait avec une mauvaise action sur la conscience. Voilà ce que ces Messieurs ont appelé « l'égorgement de Vanessa comme par un coup de couteau » (1723). Esther Johnson mourut quatre ans après.

La mort de cette dernière fut un rude coup pour Swift. Nos fantaisistes critiques disent qu'il en devint fou, non de chagrin, — ce qui serait déjà un signe fâcheux, — mais de remords ! Outre que le soi-disant remords n'est le plus souvent que la crainte d'un châtiment mérité ou non, à moins qu'il n'apparaisse comme un état d'esprit propre aux imbéciles, il faut avouer que l'effet mit quelque temps à se produire. C'est seulement en 1740, treize ans après la mort d'Esther Johnson que Swift tomba en démence. Il avait, il est vrai, souffert toute sa vie d'étourdissements avec accès de surdité

passagers ; le Dr Bucknill, auquel on doit une étude approfondie de la maladie du doyen, reconnaît là les symptômes de ce qu'on a appelé « la maladie de Ménière. » « C'était, dit-il (1), un désordre purement local et sans aucune influence sur l'intégrité de ses facultés mentales. » C'est seulement de 1738 à 1742 que survinrent peu à peu les phénomènes de démence avec hémiplégie et aphasie, liés sans doute à un ramollissement du cerveau, auquel il succomba en 1744, à l'âge de soixante-quinze ans.

Son cas est analogue à ceux de Vico, de Volta, Linné et autres ; la folie, sous aucune forme, n'apparut chez lui durant le cours de son existence active. On excusera les précédents détails biographiques, indispensables pour détruire la légende édifiée par des écrivains plus brillants que sérieux, soutenus par la coterie des âmes sensibles ou soi-disant telles, qui, sous le prétexte de défendre les faibles, inconsciemment crèvent les yeux à la justice et à la vérité (2).

Je croyais ma tâche finie et commençais à respirer, quand pour mon malheur je vis qu'il me fallait compter avec la nouvelle production de M. Lombroso, mentionnée précédemment. Je lui savais gré d'avoir passé à peu près sous silence, dans l'*Uomo di genio*, Lucrèce et

(1) Dr Bucknill, *Dean Swift's Disease*, in *Brain* (janvier 1882). — Cf. l'article Swift, dans la *Quarterly Review*, d'avril 1883.

De fait, on a voulu, à tort, tirer des ouvrages de Swift, des conclusions non justifiées, relativement à son soi-disant caractère atrabilaire. Il y a là une interprétation erronée, que rien ne justifie C'est comme si l'on voulait, sur la foi de *Candide*, faire de Voltaire un misanthrope et un pessimiste absurde, tandis que l'auteur de *Zaïre* a voulu seulement confondre l'optimisme béat et scélérat de Leibnitz.

(2) Cf. Leslie Stephen, *Jonathan Swift*. London, 1882. John Forster, *The Life of Jonathan Swift*, t. I. London, 1895. (L'ouvrage a été interrompu par la mort de l'auteur.) — P. Max Simon. *Swift, étude psychologique et littéraire*, suivi d'un *Essai sur les médecins de Gil Blas*. Paris.

Wagner ; il se contentait d'indiquer vaguement le premier parmi les suicidés et de rapporter, à propos du second, quelques banalités sans importance. Mais voilà que dans son nouveau *Genio e degenerazione*, se fondant sur une publication de M. S. Stampini (1), il fait, décidément, de l'immortel Lucrèce, un suicidé et un aliéné! Force est donc de rappeler les faits.

Tout ce que l'on sait de l'auteur du *De natura rerum* se trouve dans l'addition de saint Jérôme à la chronique d'Eusèbe, où l'on peut lire en regard de l'année d'Abraham, 1923 (Olymp. 171,3 ; U. C. 660 ou 94 A. C.) :

Titus Lucretius poeta nascitur. Postea amatorio poculo in furorem versus cum aliquot libros per intervalla insaniæ conscribisset, quos postea Cicero emendavit, propria se manu interfecit anno aetatis XLIV.

« Bien que cette tradition (celle du suicide), dit le savant Constant Martha, réponde à la triste impression que vous produit la lecture du poème, il faut la tenir pour suspecte. Elle ressemble à tant d'autres qui ont été imaginées dans l'antiquité pour effrayer l'athéisme et pour servir de leçon à ceux qui seraient tentés d'imiter une audace sacrilège. » Il est entendu que la lecture du poème de Lucrèce produit une « triste impression » sur les littérateurs orthodoxes ; au moins s'imposent-ils le devoir de le dire. Quand un de ces écrivains nous expose si franchement les raisons qui ont pu faire naître ici la légende du suicide, nous devons nous le tenir pour dit. La vie et la mort de Lucrèce demeurent dans une obscurité complète et, à ce titre, se dérobent aux raisonnements et déductions scientifiques quelconques (2).

(1) E. Stampini. *Il suicidio di Lucrezio*, Messina, 1896.

(2) On a beau nous dire que ces notes de saint Jérôme sont une reproduction d'un *De viris* perdu, de Suétone. Rien ne le prouve, et M. Stampini n'a pas fait progresser la question en

Quant aux bizarreries de Wagner, dont on a voulu mener grand bruit, elles n'ont jamais dépassé les limites de l'excitation nerveuse, inévitable chez les gens dont le cerveau est constamment occupé par de grandes pensées. Du reste, l'auteur du sanglant pamphlet intitulé *Das Judenthum in der Musik*, pouvait s'attendre à être malmené par les juifs. Je me permets de renvoyer le lecteur à mon essai de dramaturgie musicale (1), où pleine justice est rendue à l'incomparable et tout puissant génie qui a su faire revivre de nos jours, dans toute sa beauté, le véritable drame antique, celui d'Eschyle et d'Euripide (2).

En résumé (3), dans cette section il ne reste que trois grands hommes, Le Tasse, Rousseau et Schumann, susceptibles d'être rangés parmi les génies aliénés.

(*A suivre.*)

essayant de démontrer la réalité des phénomènes qui pourraient être produits alors par des philtres d'amour. Le seul M. Lombroso croit à ces choses-là. (Voy. *Genio e degenerazione*, p. 161. — Cf. *Revue historique*, janvier, 1897, p. 172.)

(1) A. Regnard. *Etudes d'esthétique scientifique : La renaissance du drame lyrique*. Paris, Fischbacher, 1894.

(2) Quoi qu'en puisse penser M. Tolstoï, « philosophe chrétien », en réalité protagoniste du judaïsme dans l'art, ce qui est la négation de l'art même, comme il y paraît par l'écœurante et inhumaine élucubration intitulée : *La Sonate à Kreutzer*.

(3) J'allais oublier le « pauvre Villon », mis — naturellement ! — au nombre des génies criminels, comme si, dans ces temps pieux, où le poète chantait sur la même corde la *Dame du ciel* et la *Grosse Margot*, où chacun sans penser à mal volait son prochain sans vergogne (Voyez *Maître Pathelin*), comme si, avec de pareilles mœurs, il y avait lieu de faire intervenir à propos de ce joyeux drille la question de la criminalité ! Sans compter qu'une au moins de ses condamnations — sinon toutes — paraît lui avoir été infligée à propos de soi-disant faits d'impiété. (V. *Œuvres de Villon*, éditées par M. P. Jannet, préface.)

Pathologie

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE
DE L'AGITATION

Par le Dr P. COLOLIAN
Ancien interne des asiles de la Seine.

(*Suite*) (1)

L'EXCITATION MANIAQUE. — La manie, telle qu'elle est décrite par les auteurs, constitue, avons-nous dit, une entité morbide. Elle présente le type de l'agitation. Mais l'agitation dans la manie a plusieurs degrés. Tous les malades ne sont pas au même degré incohérents et agités. Quelques-uns ont conservé leur conscience relative, les idées paraissent s'enchaîner logiquement, les mouvements semblent exécutés sous l'influence de la volonté. C'est le premier degré de la manie, c'est l'*excitation maniaque*, la *manie douce* de Schüle (2), la manie subaiguë (Ballet) (3), le premier degré des états maniaques.

L'excitation maniaque s'affirme comme entité morbide dans des cas fort rares (Krafft-Ebing) (4). Généralement on l'observe au début ou à la fin de la manie

(1) Voir les *Annales* de juillet-août 1898.
(2) Schüle. *Traité clinique des maladies ment.*, trad., p. 84.
(3) Ballet. *Traité de médecine* Charcot-Bouchard, t. VI, p. 1075.
(4) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, trad. Paris, 1897, p. 385.

franche, mais surtout au début des états maniaques des dégénérés, ou dans la période de début de la paralysie générale.

L'excitation maniaque, comme dit Falret, est un état intellectuel caractérisé par la surexcitation générale de toutes les facultés, le désordre des actes sans trouble manifeste de l'intelligence.

L'*agitation* motrice et intellectuelle se manifeste par une accentuation de la volonté et une augmentation de l'activité psychique et physique. On rencontre chez les excités maniaques une surexcitation générale de toutes les facultés mentales.

Dans la *sphère psychique*, la sensation du bien-être est caractéristique. Tout se montre au malade sous un jour nouveau. Tout lui procure une joie nouvelle. Il vit dans une sensation continuelle de plaisir, l'humeur gaie, parfois débordant d'une joie qui se traduit par des chants, des danses, etc.

A cette gaieté morbide se joint l'hyperesthésie de toutes les facultés psychiques, de perception, de reproduction, de l'association et de la combinaison des conceptions. Le malade arrive à s'exprimer avec une véritable éloquence, avec verve et esprit ; il devient poète, produit des œuvres dramatiques, humoristiques, mais toujours entachées d'exaltation.

L'hypermnésie atteint son plus haut degré ; les malades se rappellent les moindres détails de leur vie passée, récitent de longs fragments d'auteurs classiques appris de longue date et longtemps oubliés.

Le résultat de ces troubles de perception et de conception est l'augmentation de la confiance en soi-même.

« Au degré de l'aliénation maniaque, telle que la représente l'exaltation maniaque, des troubles dans la nature des conceptions se produisent tout au plus épisodiquement, et sous forme d'allégories objectives expri-

mant la haute opinion que l'individu a de lui-même. Le malade se compare occasionnellement à un personnage remarquable, sans cependant s'identifier avec ce dernier (1). »

L'excité maniaque qui plaît d'abord par la vivacité de son esprit, par son humeur gaie, devient peu à peu insupportable, grossier ; il a, en dépit de sa gaieté, des accès de mauvaise humeur si l'on n'exécute pas à la lettre ses désirs.

Toute cette grande activité ne se localise pas dans la sphère psychique. L'augmentation de la volonté et de l'activité pousse le malade à une loquacité intarrissable, à un bavardage continuel avec une mobilité caractéristique, mais qui ne va pas jusqu'à l'incohérence.

Il éprouve un besoin continuel de mouvement. Il fait des courses inutiles, des voyages sans but, des promenades de plusieurs heures dans les rues, à la campagne. Les mouvements sont exagérés, surabondants ; ainsi le malade, récitant des vers, fait des gestes exagérés, pompeux.

Les hallucinations sont rares et se produisent passagèrement. Les illusions sont plus fréquentes.

Presque toujours, surtout chez les femmes, on observe une accentuation des sensations génitales. « L'impulsion sexuelle se fait encore jour sous une forme bourgeoisement tolérable, et ne répondant qu'à un trouble superficiel de l'intelligence ; chez les hommes, par l'empressement à faire la cour, les promesses de mariage trop promptes, les propos équivoques dans la conversation, la fréquentation des femmes. Chez les femmes, la tendance à s'attifer, à se maquiller, à rechercher la société des hommes, à faire des coquetteries, à parler d'histoires de mariages ou de scandales, à ourdir des

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, trad. Paris, 1897, p. 383.

intrigues d'amour, à suspecter d'autres femmes au point de vue sexuel, etc. (1). »

Beaucoup de ces malades recherchent des stimulants : le café, le thé, et surtout les boissons alcooliques, non par habitude ancienne, mais poussés par l'exaltation.

Dans la *sphère des troubles somatiques*, l'insomnie tient le premier rang. Les premiers temps, le malade ne dort que quelques heures ; mais, plus tard, il ne dort presque plus.

Le sentiment de bien-être est accentué : le sujet se sent fort, bien portant, robuste, n'a plus de sensation de fatigue. Il se rend compte de cet état et trouve à cette constatation un nouvel élément de gaieté.

Comme nous l'avons dit, cet état d'excitation maniaque n'est parfois que la période prodromique d'une autre affection, d'une psychose : la manie, d'une folie organique : la paralysie générale.

Délire hallucinatoire aigu (Wahnsinn) (2). — Cette forme de folie aiguë acceptée en Allemagne par les auteurs classiques Westphal (3), Meynert (4), Mendel (5), Krafft-Ebing, se traduit également par une grande agitation, des désordres dans les actes, incohérence dans les idées. Mais ici les hallucinations et les illusions tiennent la première place, et le malade, d'après l'hallucination du moment, est triste ou emporté, heureux ou effrayé. Les impressions se dessinent sur sa physionomie. « Par suite des phénomènes subjectifs ter-

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*. Paris, 1897, p. 384.
(2) Krafft-Ebing. *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3e Aufl., 1888, p. 399.
(3) Westphal. Ueber die Verrücktheit. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXIV, p. 252.
(4) Meynert. *Jahrbuch f. Psych.*, 1880, et *Alleg. Zeitschr. f. Psych.*, XXXVIII, p. 463.
(5) Mendel. Verrücktheit, in *Real Encyclopädie d. gesammt. Heilkunde*, Bd XIII, p. 507.

rifiants et de la perception en sens hostile, il y a souvent une grande irritation, des agressions dangereuses contre l'entourage et même contre leur propre vie, et enfin des tentatives d'évasion désespérées. » (Krafft-Ebing) (1).

Les actes, les mouvements liés intimement aux délires, aux hallucinations qui les provoquent, sont violents, incohérents et désordonnés.

Le début de la maladie est brusque en général. On la rencontre chez les individus dont le système nerveux est momentanément épuisé (misère, chagrin, affections graves, fébriles, etc.).

Les hallucinations terrifiantes sont multiples. Celles de l'ouïe, d'après Westphal, seraient les premières en date. Le malade entend des voix confuses, des gémissements, des prières, des pleurs, des cris, des coups de fusil, de canon, de tonnerre, des sifflements, etc. Il voit du feu, des flammes, des précipices, des montagnes, des animaux monstrueux, des démons, des serpents. Il a, de plus, des troubles de la sensibilité générale, il sent des vapeurs suffocantes, des odeurs de cadavres. Les aliments ont un goût particulier, de cuivre, d'arsenic. « Le malade se sent envahi par des flammes ou par des ondées glacées. Il est déchiré par des lions, par des tigres (2). »

Sous l'influence de ces troubles hallucinatoires naissent des délires multiples et fort variables. L'individu a tour à tour, sans aucune systématisation, des idées de persécution, d'empoisonnement, de grandeur, de richesse, de culpabilité, des idées érotiques, religieuses, etc. Et ainsi suivant l'hallucination du moment, il change de mimique, d'attitude, de physionomie.

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, trad. 1897, p. 415.
(2) Roubinovitch. *Les variétés cliniques de la folie*, 1896, p. 99.

C'est un agité, mais sous l'influence de ses hallucinations.

Ce sont elles qui le rendent anxieux, incohérent, turbulent. C'est à cause d'elles qu'il n'est plus maître de ses mouvements et s'agite constamment sous l'impulsion de quelque nouvelle hallucination, se croyant un Dieu, un empereur, un saint.

Ces multiples hallucinations produisent aussi une confusion dans les idées, avec un affaiblissement passager dans les facultés mentales.

Le malade est incapable de penser, de diriger ses idées dont la chaîne est interrompue à chaque nouvelle hallucination. Il est impossible de fixer son attention.

L'insomnie existe dès les premiers soirs et elle est persistante. Le malade maigrit vite. Au début, l'on peut observer une légère élévation de la température, quoique en général elle demeure normale.

La maladie peut durer quelques semaines, plusieurs mois.

Le délire hallucinatoire aigu, réduit à la seule analyse du délire, est difficilement classé. Mais l'observation complète des malades, dit M. Magnan, l'étude de leur état mental antérieur, l'anamnèse de leurs antécédents, nous permettent d'affirmer que ces délires apparaissent sur une base dégénérative ; le délire hallucinatoire est donc un délire d'emblée des dégénérés.

La mélancolie. — L'agitation sous forme d'anxiété existe dans la mélancolie, cette vieille maladie connue même d'Hippocrate (1).

Pourtant il faut arriver au début de notre siècle pour trouver des études un peu approfondies sur la mélan-

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes*, édit. Littré, 1860, t. V, p. 355.

colie. Pinel (1) et Esquirol (2) en parlent, ce dernier propose même la dénomination de *lypémanie*. Baillarger (3) s'attache à démontrer que la mélancolie est une maladie générale de l'entendement tout entier.

Citons également les noms de Guislain (4), de Marcé (5), de Morel (6), pour arriver à l'époque contemporaine.

Actuellement les aliénistes hésitent et se demandent si la mélancolie constitue une entité morbide. Foville (7) fils l'admet comme un type pathologique. Telle est aussi l'opinion de M. Magnan.

Pour M. le professeur Joffroy, au contraire, il n'y a pas de mélancolie essentielle, mais des mélancolies symptomatiques uniquement.

Cependant, entité morbide ou non, l'agitation existe dans la mélancolie et elle en constitue une des formes : la mélancolie anxieuse.

La *mélancolie anxieuse* peut survenir après une période de tristesse plus ou moins longue, et quelquefois après une simple modification du caractère qui devient irritable, susceptible et un peu triste.

Dans la mélancolie anxieuse, comme le nom l'indique, c'est l'anxiété qui prédomine, la dépression est remplacée par une agitation angoissante dont la cause est la tristesse même. Le malade, très taciturne, cherche en lui le sujet de sa mauvaise humeur ; il repasse en détail toute sa vie antérieure, il croit trouver des fautes, des

(1) Pinel. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation ment.*, 1809, p. 163.
(2) Esquirol. *Des maladies mentales*, 1838, t. I, p. 398 et suiv.
(3) Baillarger. De la mélancolie avec stupeur. *Ann. médico-psych.*, 1843, t. I. p. 76.
(4) Guislain. *Traité des phrénopathies*, 2e édit., 1835, p. 264.
(5) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 312.
(6) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, p 469 et suiv.
(7) Foville. Art. Lyp manie. *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXI, 1875, p. 105 et suiv.

preuves de culpabilité. Puis ces idées prennent une activité intense, elles reviennent sans cesse ; mais étant donné le ralentissement psychique, leur nombre n'augmente pas. Le malade les repasse à chaque instant, tous les jours, durant des semaines.

« Les troubles de la sensibilité lui apportent ensuite de nouveaux matériaux pour consolider cet état mental: dans ses rêves d'abord, et plus tard à l'état de veille, il entend des injures, des railleries, des reproches et des menaces. Jour et nuit, et cela pendant des semaines, les mêmes hallucinations se manifestent, le malade entendant toujours le même reproche, la même injure. On comprend comment il est amené ainsi à devenir parfois dangereux pour lui-même et pour les autres. » (Roubinovitch et Toulouse) (1).

Les hallucinations de l'ouïe ne sont pas les seules qui alimentent son anxiété et augmentent son agitation : des hallucinations visuelles s'y greffent, d'une nature toujours triste, en rapport avec les préoccupations angoissantes du malade.

La réaction motrice est parfois très violente. Le malade a un besoin impérieux de se mouvoir, de s'en aller loin, très loin, sans but, sans réflexion, mû par le seul besoin de changer de place. Dans une chambre, il ne peut rester une minute en place, il la parcourt en tous sens ; s'il s'arrête, c'est pour agiter ses jambes et ses bras. Il a des moments d'exaspération, « se tire les doigts, s'arrache les cheveux, s'égratigne le front, les joues, le cou, la poitrine, déchire ses vêtements. Parfois il a une sorte d'explosion de fureur contre lui-même ou contre autrui. Durant ces raptus mélancoliques, il est capable de commettre les actes les plus dangereux, saccager le mobilier, mettre le feu, s'arracher les yeux, les

(1) Roubinovitch et Toulouse. *La mélancolie*, p. 176.

oreilles, les organes génitaux, se détruire, frapper et même tuer la première personne qui se trouve à sa portée. (1). » Il crie, sanglote, pousse des gémissements. Tous ses actes paraissent incohérents et impulsifs, mais ils sont intimement liés à des idées tristes, à des angoisses insurmontables.

La physionomie exprime l'anxiété : les traits sont contractés, les yeux brillants et hagards, inquiets et mobiles. La parole est courte, plaintive.

Dans ces paroxysmes d'agitation, on peut *a priori* confondre la mélancolie anxieuse et l'état maniaque ; mais il ne faut qu'un peu d'attention pour s'apercevoir que le mélancolique est agité par la réaction d'une douleur très intense ; chez lui, l'agitation est l'expression bruyante d'une tristesse psychique interne, d'une douleur morale sans borne.

Les troubles somatiques sont fréquents : perte d'appétit, refus d'aliments, constipation ; respiration plus rapide qu'à l'état normal, circulation sanguine plus active avec température normale, pouls un peu rapide.

Ce qui est particulier dans la mélancolie anxieuse, c'est que l'anxiété peut être remplacée au bout de quelque temps par la stupidité, ou suivie d'un calme relatif. Le malade a un raptus d'agitation anxieuse qui dure quelques heures, quelques jours, puis tout se calme et il rentre dans la catégorie des mélancoliques simples, ou stupides avec hallucinations. La combinaison de ces deux formes n'est pas rare en clinique.

La folie intermittente. — Depuis longtemps les médecins ont observé que l'agitation et la dépression se rencontraient chez le même individu. Morgagni (2),

(1) Roubinovitch et Toulouse. *Loc. cit.*, p. 178.
(2) Morgagni. *Recherches anatomiques sur le siège et les causes des maladies*, trad. Dertouet, lettre VIII^e^, t. I, p. 133.

Lorry (1), Pinel (2), Jacquelin Dubuisson (3), Esquirol (4) avaient remarqué la succession de la manie à la mélancolie et *vice versa*. « Il n'est pas rare, disait Esquirol, de voir la manie alterner d'une manière régulière avec l'hypocondrie et la lypémanie. »

Baillarger (5) isola ces malades atteints d'agitation et de dépression réciproquement et les classa dans un chapitre nouveau, « la folie à double forme. »

Depuis, cette nouvelle forme a été étudiée par Falret (6), Foville (7), et surtout particulièrement par M. Ritti (8) ; M. Magnan (9), qui l'a également décrite, la nomme *folie intermittente*, dénomination très juste.

L'agitation existe dans la folie intermittente qui est caractérisée par la répétition, chez le même individu, des accès maniaques ou mélancoliques isolés ou combinés. Avant et après l'accès, le sujet reste sain mentalement, et rien ne trahit sa prédisposition latente.

Les accès peuvent offrir plusieurs combinaisons ; on les nomme folie à double forme, folie alterne, circulaire, intermittente, etc.

(1) Lorry. *De melancholia et morbis melancholicis*, 1765, t. I, p. 164.

(2) Pinel. *Traité médico philosophique sur l'aliénation mentale*, 2e edit., p. 23, 167, 186.

(3) J. Dubuisson. *Des vésanies ou maladies mentales*. Paris, 1816, p. 128, 137, 187.

(4) Esquirol. *Des malad ment.*, 1838, t. I, p. 79 et t. II, 9, 170.

(5) Baillarger. Leçons sur la folie à double forme (*Ann. méd.-psych.*, 1854. p. 373).

(6) Falret. Mémoires sur les folies circulaires (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1854. t. XX, p. 382).

(7) Foville. Folie à double forme (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1872).

(8) Ritti. Folie à double forme (*Dict. encyc. des scienc. méd.*; 1879. — Ibid. *Traité clinique de la folie à double forme*, 1883.

(9) Magnan. *De la folie intermittente* (Communication faite au Congrès de méd. de Berlin, 1890). — Id. *Recherches sur les centres nerveux*. Paris, 1893.

L'invasion de l'accès est brusque, ou bien il éclate après quelques jours de légère modification de caractère ; mais, nous le répétons, il éclate brusquement, en général, et même le passage d'un accès à un autre se fait souvent avec la même rapidité, à une heure d'intervalle ; « l économie, dit M. Magnan, n'a pas besoin d'être préalablement modifiée, l'accès se développe spontanément ou sous l'influence de causes habituellement légères. »

Nous n'étudierons ici que les états d'agitation dans la folie intermittente. Les états d'agitation, pris isolément, ne contiennent aucun élément pathognomonique. Les accès isolés n'ont pas de valeur séméiologique. C'est l'ensemble, la succession des accès de dépression et d'agitation qui constitue la folie intermittente.

Les états maniaques. — L'intensité des états maniaques varie beaucoup, de la simple *excitation maniaque* jusqu'à *la manie.*

a) L'excitation maniaque est la plus fréquente, elle est caractérisée par la surexcitation générale de toutes les facultés, « l'activité exagérée et maladive de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté, ainsi que le désordre dans les actes sans troubles considérables de l'intelligence et de la volonté et sans incohérence de langage ». (J. Falret.) Les idées plus abondantes, plus riches, s'associent avec une facilité qui enchante même le malade. Les conceptions audacieuses et surtout abondantes, le poussent à un bavardage interminable. La mémoire vive, la parole facile et bien tournée l'incitent à conter des histoires interminables, à réciter des vers appris jadis.

(1) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, p. 500.

Cette accélération de l'idéation se traduit aussi dans les actes. Les malades, en proie à une activité débordante, font des promenades, des voyages, des visites nombreuses.

L'exaltation maniaque est quelquefois accompagnée de véritables délires de satisfaction, de grandeur : l'un se croit poète, fait des vers ; l'autre musicien, il compose. D'autres aspirent à des positions sociales très élevées, et se persuadent qu'ils arriveront.

b). Dans certains cas, l'exaltation va jusqu'à *la manie aiguë* avec incohérence absolue dans le langage, dans les idées, désordre dans les actes. La symptomatologie est celle de la manie aiguë.

Mais généralement ces accès de manie aiguë sont de courte durée, ils viennent comme des raptus, durent quelques heures, puis le malade revient à son état d'exaltation.

Nous le redisons, chaque accès de la folie intermittente, accès de dépression, ou d'agitation intense, n'est qu'un syndrome de l'entité pathologique. Devant un adulte, pour la première fois atteint d'une grande agitation, de logorrhée, on hésite entre le syndrome et l'entité. On dit, en théorie, que la manie est généralement provoquée par une cause physique ou morale facilement appréciable ; elle est habituellement précédée d'une phase prodromique de durée plus ou moins grande, tandis que les accès symptomatiques de la folie intermittente surviennent brusquement. Mais en clinique, on ne peut qu'émettre la supposition qu'un accès de manie est le syndrome de la folie intermittente et non la manie franche.

B. — L'AGITATION DANS LES ÉTATS MANIAQUES DES DÉGÉNÉRÉS.

La manie, telle que nous l'avons observée, se rencontre chez les simples prédisposés. Mais l'observation clinique nous enseigne que cette psychose n'a ni la même genèse ni le même développement chez les héréditaires au cerveau taré, chez les dégénérés mentaux.

La dégénérescence mentale imprime de bonne heure son cachet sur le caractère de l'enfant : c'est un coléreux un exalté, un extravagant, un versatile, un impressionnable, c'est nn déséquilibré. L'un a des idées de suicide, l'autre des obsessions, des impulsions ; mais cependant ces indigents mentaux conservent quelque temps leur équilibre mental. « Tant que l'influence des canses accessoires est contrebalancée par une résistance cérébrale originelle assez puissante, on n'observe que les épisodes caractéristiques de l'état mental du déséquilibré. Mais dès que cette résistance se trouve affaiblie par une raison quelconque, souvent insignifiante, l'équilibre se rompt définitivement, la raison chancelle, la conscience s'obscurcit, le chaos règne dans les pensées, dans les sentiments et dans les actes (1). »

Et ces « raisons quelconques » sont multiples dans la vie ; chez les nns, c'est l'alcool ; chez d'autres, ce sont les lésions de l'organisme qni réagissent sur les fonctions du cerveau et les troublent, c'est la *puerpéralité*, *l'urémie*, *l'intoxication saturnine*, etc.

Longtemps ces causes secondaires ont été considérées comme primitives, snffisantes à provoquer des troubles psychiqnes. Et c'est ainsi qn'on a créé les folies puerpérale, urémique, saturnine, etc.

(1) Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, 1895, p. 130.

Il est intéressant de nous arrêter un instant à ces questions étiologiques.

I. — La puerpéralité. — De tout temps, médecins et accoucheurs ont remarqué dans la puerpéralité des troubles intellectuels très variés, de la dépression, de l'agitation, de l'excitation, etc.

Hippocrate (1) attribuait aux lochies la folie des femmes enceintes. Mais Esquirol (2), le premier, fournit une bonne description « de l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et des nourrices ». Depuis, beaucoup d'aliénistes se sont occupés de la question.

D'Hippocrate à nos jours, l'accord n'est point fait sur l'étiologie de la folie puerpérale. Existe-t-il en réalité une folie puerpérale? Devons-nous ici faire la part de l'agitation de la folie puerpérale? Discutons la question.

Depuis Marcé (3) qui a établi nettement la prédisposition héréditaire des femmes enceintes, deux opinions différentes ont cours sur la genèse de la folie puerpérale. Les uns « n'envisageant, dit M. Magnan, qu'un côté de la question, n'ayant pas toujours l'occasion de contrôler par l'étude comparative des faits toutes ces données théoriques, finissent par croire (4) » que des lochies se portent vers la tête et produisent de l'excitation, du délire et des transports maniaques.

Puzas prétendait que l'effet le plus ordinaire de la stase du lait dans le corps est la folie. Griesinger attribuait les psychoses puerpérales à l'action du sang vicié sur le cerveau.

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes*, trad. Littré, 1853, VIII, p. 99.

(2) Esquirol. *Traité des maladies mentales*, t. I, p. 230.

(3) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858, p. 42 et 161.

(4) Magnan. *Leçons cliniques sur les maladies ment.*, 1897, p. 3.

A ces anciennes théories humorales a succédé la jeune théorie d'*auto-intoxication*. Donald Fraser (1). Campbell-Clark (2), Hansen (3), à l'étranger, apportèrent des faits à l'appui de cette théorie. En France, Parant (4), Faure (5), Lallier (6), se sont attachés à montrer que la folie puerpérale est souvent consécutive à l'auto-intoxication, aux accidents infectieux (fièvre puerpérale, abcès du sein).

La folie puerpérale, soit qu'elle se présente sous la forme d'excitation ou de dépression, d'obsession ou d'impulsion, n'est pas une folie spéciale. Elle ne se rencontre que chez les prédisposées aux troubles psychopathiques.

M. Magnan et ses élèves (7) se sont continuellement opposés à considérer les psychoses puerpérales comme folies spéciales. M. de Gorsky (8) a trouvé 33 prédisposées héréditaires sur 33 malades dont les antécédents étaient connus.

Kirchoff (9), dans son traité de pathologie mentale, pense à juste titre que, d'une façon générale, on ne peut constituer un groupe étiologique spécial avec les cas de folie consécutifs à la grossesse, à l'accouchement, à l'allaitement, parce qu'il n'existe pas entre ces états

(1) Donald Fraser. A case of puerperal mania with remarks. *Glasgow med. Journ.*, 1886, 4e s., XXIV, p. 363.

(2) Campbell-Clark. Aetiology pathology and treatment of puerp. insanity. *Journ. of ment. sc.*, 1887.

(3) Hansen. *Zeit. für geburtsh. und gynock.* Stuttgard, 1888.

(4) Parant. La folie puerpérale. *Ann. méd.-psych.*, 1888, VIII, 62.

(5) Faure. *Contribution à l'étude de la folie puerp.* Th. de Lyon, 1890.

(6) Lallier. *De la folie puerpérale.* Th. de Paris, 1892.

(7) De Garcia Rijo. *Contribution à l'étude de la folie puerp.* Th. de Paris, 1879.

(8) De Gorsky. *Consid. sur la folie puerp. et sa nature.* Th. de Paris, 1888.

(9) Th. Kirchoff. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Leipsig und Wien, 1892.

physiologiques et les troubles mentaux de rapports directs. M. Ballet (1) reconnaît également que les psychoses puerpérales peuvent éclater chez les *nerveuses*, chez les héréditaires, les aliénées; mais il admet aussi, en tenant compte de leur physionomie, de leur évolution, de leur pathogénie certaine ou probable, de leur relation avec les troubles éclamptiques ou l'infection, il admet, disons-nous : 1° des troubles mentaux survenus au cours de la puerpéralité, présentant la physionomie clinique de l'*urémie délirante;* 2° du délire coïncidant avec des symptômes d'infection.

Le professeur Joffroy (2), dans une de ses leçons sur la question, faisait remarquer que parfois la puerpéralité éveillait en même temps que le délire, la chorée, l'hystérie, etc., associations qui indiquent bien qu'il s'agit de prédisposées.

Là donc, comme ailleurs, la prédisposition héréditaire paraît nécessaire. La dégénérescence existait à l'état latent ; la puerpéralité est la pierre de touche, comme l'alcool chez les hommes déséquilibrés.

« C'est encore en exagérant l'influence étiologique de certaines fonctions, dit M. Magnan (3), que l'on arrive, ainsi que le fait le Dr Skae, à admettre comme autant d'espèces particulières la folie aménorrhéique, la folie post-connubiale, la folie de la grossesse, la folie puerpérale, la folie de la lactation, de la ménopause, la folie utérine qu'il désigne du nom d'*ovario-mania*, utéromania, sans compter la folie de la masturbation. Il suffit d'énumérer ces espèces pour montrer à quelles exagérations peut conduire la logique d'une théorie trop absolue. »

(1) G. Ballet. *Psychoses et affections nerveuses*, 1897, p. 124.
(2) Joffroy. *Les psychoses puerpérales*. Leçons faites à Sainte-Anne, 1894.
(3) Magnan. *Leçons cliniques sur les malad. mentales*. Ouv. cit., 1897, p. 5.

La folie puerpérale n'est donc qu'une folie de dégénérés.

Urémie. — Lasègue (1), un des premiers, a décrit le délire urémique. Depuis, les mémoires et les thèses se sont succédé. Citons les travaux d'Aran (2), de Gubler (3), de MM. Fournier (4), Jaccoud (5), puis ceux de MM. Bourneville (6), Wilks (7), Lecorché (8), Rendu (9). Enfin, M. Bouvat (10), dans sa thèse, aborde la question et étudie l'urémie délirante, dégagée de tout symptôme moteur révélateur de la maladie.

M. Raymond (11) a publié plusieurs observations de brightiques pouvant être pris pour des vésaniques. M. Dieulafoy (12) propose le nom de *folie brightique*, et son élève, M. Ribail (13), étudie le sujet en prenant

(1) Lasègue. Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright. *Etude méd.*, 1852, t. II, p. 824.

(2) Aran. Des accidents nerveux de l'urémie. *Gaz. des hôp.*, 1860, p. 277, 285.

(3) Gubler. Art. Albuminurie. *Dict. Encyc. des Sc. méd.*, 1861.

(4) Fournier. *De l'urémie.* Th. d'agrég., 1863.

(5) Jaccoud. Art. Albuminurie. *N. Dict. de méd. et de chirurg. prat.*, 1869.

(6) Bourneville. *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du syst. nerveux*, 2e fascicule, p. 186 et 200.

(7) Wilks. Mania as a symptom of Bright's disease. *Journal of ment. sc.* July, 1874.

(8) Lecorché. *Traité des maladies des reins*, 1875, p. 310.

(9) Rendu. *Etude comparative des néphrites chroniques.* Th. d'agrég. Paris, 1878.

(10) Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante.* Th. de Lyon, 1883.

(11) Raymond. Sur certains délires simulant la folie survenant dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie. *Arch. gén. de méd.*, 1882, p. 294. — Relations de l'albuminurie avec les psychoses à propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique. *Société méd. des hôpit.*, 13 juin 1890.

(12) Dieulafoy. De la folie brightique. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1885. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie. *Soc. méd. des hôp.*, 11 et 22 oct. 1886.

(13) Ribail. *Contrib. à l'étude de l'insuf. rénale.* Th. de Paris, 1886.

en considération toutes les insuffisances urinaires. Mme Alice Bennett (1), se basant sur soixante observations, conclut que l'urémie est une des causes fréquentes de la folie, tandis que Savage (2) dit avoir rarement rencontré de l'albumine dans plusieurs centaines d'examens d'urine chez des aliénés. Weiberg (3), faisant des recherches de son côté, mais seulement sur des alcooliques, en a trouvé 51 fois sur 151 cas. La présence de l'albumine coïncidait avec celle du délire.

Koeppen divise en trois classes les psychoses albuminuriques : troubles dus à une lésion rénale, à une artério-sclérose des reins et de l'encéphale, et en troisième, il place l'albuminurie qui suit les maladies des centres nerveux et des psychoses.

Nous en dirons autant de cette pseudo-folie urémique, brightique, etc. L'albuminurie n'est qu'un symptôme d'une lésion rénale et d'une maladie de la nutrition générale ; elle n'est pas capable de produire des troubles mentaux sans une prédisposition prononcée.

« A lésions égales des reins, dit M. le prof. Joffroy (4), et à intoxication urémique égale, tous les malades ne réagissent pas de la même manière, et ici la prédisposition héréditaire ou acquise joue un grand rôle. L'un aura de l'urémie dyspnéique, sans troubles cérébraux, un second aura des attaques d'épilepsie ou du coma, un autre aura du délire. Ce n'est pas le hasard qui répartit ces divers accidents parmi les urémiques, mais bien les organes qui réagissent différemment, qui résistent plus ou moins à l'intoxication urémique, et

(1) Alice Bennett. *American Journal of Insonity*, oct. 1890.

(2) Savage. *Dict. of psychol. med.* Art. Bright's disease in relat. to insanity, 1892. I, p. 172.

(3) Weiberg. *in* Bouvet. *Essai sur l'urémie délirante.* Th. de Lyon, 1883. p. 68.

(4) Joffroy. De la folie brightique, *Bulletin médical*, 1891, p. 109.

c'est la prédisposition héréditaire nerveuse qui appelle les accidents urémiques cérébraux. »

Saturnisme. — Quant à l'encéphalopathie saturnine, elle n'existe pas plus que la folie brightique ou la folie puerpérale.

Dans l'intoxication saturnine le malade peut se plaindre, ainsi que le constate Barteus, de céphalalgie, de vertiges et de constriction dans la tête ; il peut devenir irritable, avoir quelques cauchemars, des digestions laborieuses. Dans le saturnisme chronique, on observe un affaiblissement des facultés mentales, avec ralentissement de la nutrition, une déchéance physique et morale plus ou moins grande. Mais du délire, des troubles psychiques graves, de la folie proprement dite, point.

Les saturnins qui deviennent aliénés sont tous des dégénérés, des héréditaires, ou du moins des prédisposés.

Et voilà pourquoi nous ne décrirons pas dans le paragraphe des folies toxiques les manies puerpérale, urémique ou saturnine. Car elles n'existent pas réellement, et ne sont que des manies de dégénérés.

II. — Que la cause secondaire de la genèse de la manie soit l'appoint alcoolique, l'intoxication plombique, la puerpéralité, etc., chez le dégénéré, l'accès se produit dès que les conditions pathogéniques de la manie, de l'exaltation maniaque existent. Et il se produit brusquement sans période prodromique. C'est une manie plutôt psychique, en vertu même de la déséquilibration mentale. Tandis que chez les prédisposés la manie suit une marche régulière, chez les dégénérés on constate des formes anormales, sans régularité, des conceptions ambitieuses au milieu de la surexcitation cérébrale, de la logorrhée. Souvent ce sont les idées mystiques, hypocondriaques, érotiques qui révèlent un dégénéré. Parfois un raptus hallucinatoire très intense fait irruption, donnant

à la manie l'aspect dn « délire hallncinatoire aigu », du *Wahnsinn* des antenrs allemands. D'ailleurs, pour nous, quoique nous l'ayons décrit à part, le délire hallucinatoire aigu, le *Wahnsinn*, n'est autre chose qn'nne manie avec prédominence d'hallucinations des dégénérés, un délire d'emblée.

Les conceptions sont généralement fugaces, elles se fixent parfois un certain temps ; mais dans la plupart des cas, elles accaparent franchement l'attention ; même souvent elles semblent faire le fond de la maladie, comme si toute l'agitation était cantonnée dans la sphère intellectuelle (Magnan).

Chaque sujet réagit d'après ses idées propres ; on trouve nécessairement des séries intermédiaires mnltiples d'après la prédisposition simple ou la dégénérescence mentale du sujet en face des facteurs pathogéniques.

L'agitation psycho-motrice se projette au dehors sous forme d'images, d'idées plus ou moins enchaînées. Mais l'intelligence ne peut donner qne ce qu'elle a. Chez le maniaqne prédisposé et le maniaque dégénéré, la maladie n'est pas différente psychologiquement, c'est la même folie semée en différents terrains cérébraux différemment tarés. Les symptômes, la marche ne seront pas identiques. L'une sera régulière, franche, le produit d'un cerveau, quoiqne prédisposé, mais valide : ce sera la manie typique. Et l'autre irrégnlière, caduque, telle que peut l'enfanter un cerveau invalide : la manie du dégénéré.

L'agitation motrice, en rapport avec la marche désordonnée des idées, est plus ou moins intense. Mais il n'y a nulle nécessité d'insister, c'est le résultat de la surexcitation du cerveau, et nons l'avons décrite plus haut.

(*A suivre.*)

Revue critique.

—

DES PSYCHOSES POST-OPÉRATOIRES

DU ROLE QUE LA NATURE DE L'OPÉRATION CHIRURGICALE PEUT JOUER DANS LEUR PRODUCTION

PAR LES DOCTEURS

Lucien PICQUÉ et Marcel BRIAND (1)

I. — Dans une précédente communication, l'un de nous s'est appliqué à dégager les psychoses vraies des faux délires (2) avec lesquels on les a souvent confondues, et il en a montré les diverses formes cliniques.

La pathogénie des psychoses vraies soulève des questions diverses et d'intérêt variable :

1° La prédisposition héréditaire est-elle une condition nécessaire à leur production? La psychose peut-elle se produire au contraire d'emblée, chez un sujet sain et par voie sympathique? L'un de nous a déjà fait remarquer qu'il s'agissait là d'un point délicat de pathogénie, dont le chirurgien n'avait pas à aborder l'étude.

2° Par contre, il a signalé, comme plus intéressant, leur fréquence chez les vieillards et les hystériques.

M. Broca a contesté leur existence chez les enfants. Son expérience en chirurgie infantile suffit à donner à

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*, séances des 2 et 9 mars 1898.

(2) Cette dénomination que M. Picqué a adoptée dans sa précédente communication, n'a d'autre but que de faciliter l'étude des psychoses, envisagée au point de vue spécial des rapports qu'elles présentent avec les opérations chirurgicales.

son affirmation une valeur que viendront probablement confirmer nos collègues des hôpitaux d'enfants.

3° Un dernier point reste à examiner, et il a une importance capitale.

La nature de l'opération pratiquée a-t-elle une influence sur la production de la psychose? Certaines opérations ou groupes d'opérations ont été, à ce point de vue, l'objet d'études particulières. Rudolf Lowy, dans *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, en 1896, étudie l'influence de l'opération de la cataracte sur la production des délires et rappelle les travaux antérieurs de Sichel en 1863, de Schmid-Rimpler en 1878, de Schnabel, de Franckl-Hochwart en 1890, sur le même sujet.

L'influence exercée sur la production de ces délires par les opérations pratiquées sur les organes génitaux de l'homme, a été, de son côté, l'objet de nombreux travaux et l'un de nous se propose un jour, à l'aide de matériaux qu'il a pu recueillir, d'étudier devant vous ce point de la question.

Mais de toutes les opérations pouvant entraîner des troubles intellectuels, les opérations gynécologiques semblent, d'après les auteurs, tenir le premier rang : la plupart des travaux publiés dans les dernières années, et dont l'un de nous vous a énuméré les principaux, ont eu pour but d'établir une corrélation entre les psychoses et les opérations pratiquées sur la sphère génitale de la femme.

Cette question, on le conçoit, a la plus haute importance et la responsabilité du chirurgien est gravement engagée à sa solution.

Oui ou non, est-il équitable d'imputer à ce dernier un délire qui survient à la suite d'une opération gynécologique? L'un de nous a déjà fait ses réserves à cet égard, mais il lui faut aujourd'hui les justifier.

II. — Un premier fait à constater, c'est le nombre considérable d'observations publiées dans ces quinze dernières années. Nous-mêmes, nous avons observé ensemble, dans les asiles, un certain nombre de psychoses chez des femmes ayant subi des opérations gynécologiques.

Ne pouvant admettre *a priori* une simple coïnci-

dence entre le développement de la psychose et l'opération, la plupart des auteurs ont été conduits à admettre une relation étroite de causalité.

Mais de plus, pour justifier cette corrélation, ils ont émis un certain nombre d'hypothèses et constitué, de la sorte, un des chapitres les plus obscurs de pathogénie.

On a voulu établir surtout une comparaison avec les troubles nerveux qui accompagnent la menstruation et les délires puerpéraux.

Or, sans vouloir entrer dans la discussion de ces hypothèses, qu'il nous soit permis de remarquer qu'on ne saurait établir cependant *a priori* un rapport entre les troubles qui accompagnent la menstruation, et ceux qui sont consécutifs à des opérations, qui tantôt ne modifient en rien cette fonction et tantôt la suppriment.

Quant à l'influence de la ménopause spontanée ou provoquée, elle est difficile à démontrer.

L'assimilation qu'on a voulu établir avec les délires post-puerpéraux soulève elle-même bien des objections. L'hypothèse relative à la suppression de la sécrétion ovarique, et invoquée il y a bien longtemps, a trouvé récemment un point d'appui dans les travaux entrepris sur les fonctions de la glande thyroïde. Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, nous devons faire remarquer que beaucoup de psychoses sont consécutives à des opérations gynécologiques, qui n'ont pas porté sur l'ovaire.

On a invoqué enfin des influences morales, après l'ablation des ovaires. Quoi qu'en dise Dent, l'extirpation de ces organes n'exerce pas à ce point de vue, chez la femme, la même influence que la castration chez l'homme. Dans nos observations, une seule malade semble se préoccuper de la suppression de ses ovaires. Généralement, la castration chez la femme est acceptée facilement, d'où, peut-être, l'abus qu'on en a fait à une période heureusement loin de nous, et le chirurgien doit le plus souvent s'appliquer, dans la pratique, à résister aux malades.

En résumé, et sans préjuger de ces questions encore à l'étude, on peut dire d'une façon plus générale que l'étude des relations entre les affections utérines et les

psychoses, inaugurée par les travaux de Loiseau et Azam et qui a servi de base à la plupart des hypothèses touchant l'origine de ces psychoses post-opératoires, aurait besoin d'une revision sérieuse.

D'ailleurs, tous les auteurs n'acceptent pas le rapport en question. Si Keith signale 10 p. 100 de folies après l'hystérectomie ; si Sears, Farlaud, Rhoé, Landau lui-même signalent la fréquence de la psychose, Lawson-Tait nie de son côté, formellement, l'influence des opérations gynécologiques sur la production des psychoses. Au 5e Congrès français de chirurgie, vous vous rappelez qu'il a signalé, sur 271 cas personnels, nn seul cas de psychose durable. Notre collègue Segond, en 1893, dans le journal de Luys, signalait 3 cas seulement de folie dont l'un relatif à une femme malade avant l'opération. Chez les deux autres, l'accès mélancolique a cédé rapidement. Everké, dans un travail publié dans le *Deutsch med. Wochensch.*, 1895, déclare lui-même que cette complication est très rare, et que les opérations, pratiquées dans toutes les régions, y prédisposent également : il rappelle que la Société gynécologique de New-York s'est prononcée dans ce sens, dans sa séance du 4 octobre 1892.

A notre avis, il faut chercher ailleurs que dans les hypothèses et des considérations d'ordre moral, la cause de cette prétendue fréquence des psychoses à la suite des opérations gynécologiqnes.

Mais, au préalable, il est nécessaire de passer en revue les observations publiées pour s'assurer d'abord de l'authenticité du fait si souvent reproché à la gynécologie opératoire. Or, nous pouvons diviser ces observations en trois groupes :

1° Les *observations incomplètes* dont on ne peut tirer aucune conclusion, et qui doivent être abandonnées. Elles sont nombreuses. C'est ainsi que Bawell rapporte un cas d'une attaque légère de folie après l'ovariotomie. Il ne donne aucun renseignement, si ce n'est la guérison.

Dent, lui-même, nous cite un cas de mélancolie au troisième jour d'une ovariotomie ; aucun renseignement. Nous pourrions, sans profit d'ailleurs, vous en citer bien d'antres.

2° Les *observations qui présentent une fausse étiquette* et dans lesquelles les détails fournis par l'auteur permettent cependant de reconnaître qu'il s'est agi d'un faux délire, dans le sens que nous avons donné à ce terme.

C'est ainsi que, dans un cas d'ovariotomie, cité par Dent, la malade meurt le onzième jour dans un état de manie, et l'auteur d'ailleurs accuse lui-même de la suppuration, mais sans lui rapporter la cause du délire.

Sidney Jones nous cite le cas d'une femme qui, à la suite d'une opération non dénommée, eut un accès de manie, suivi de mort le cinquième jour.

Dans son mémoire déjà cité, Gaillard (Thomas) nous cite 4 cas de manie suivis de mort et 2 de mélancolie, également mortels. L'une d'elles mourut rapidement après une ovariotomie.

Sans être accusé de partialité, on peut bien admettre que toutes ces femmes sont mortes de septicémie.

Si sur le nombre total des observations publiées il en existe réellement d'authentiques, et nous regrettons de ne pouvoir en donner aujourd'hui le chiffre exact, on peut penser néanmoins, d'après ce qui vient d'être dit, que ce chiffre est certainement bien inférieur à celui que les auteurs ont admis.

3° Enfin des *observations dans lesquelles le délire relève d'une cause étrangère* à l'opération gynécologique et susceptible de le produire à la suite d'une opération quelconque.

Ce sont, pour le dire de suite, ou des hystériques ou des sujets atteints des diverses formes de la dégénérescence mentale et dont l'un de nous a constitué un groupe à part dans une précédente communication.

Les observations publiées par les auteurs et qui peuvent rentrer dans cette catégorie, sont nombreuses. Nous reviendrons sur quelques-unes d'entre elles à propos de nos observations personnelles.

Nous en arrivons à l'étude de nos observations. Pour en faciliter l'examen, nous les avons divisées en plusieurs groupes, peut-être arbitraires, mais assurément commodes et que nous allons successivement passer en revue.

Ces observations ont été d'ailleurs recueillies avec

grand soin par nous-mêmes à l'asile de Villejuif dans le service de l'un de nous, et nous n'avons pas craint de multiplier les détails relatifs aux antécédents d'une part et aux caractères du délire d'autre part ; mais aussi, pour ne pas étendre ce travail, nous ne vous présenterons que les observations types, nous réservant de publier à part toutes nos observations.

Premier groupe. — Dans ce groupe, nous avons tenu à placer tout d'abord une observation relative à des troubles intellectuels qui se sont produits un an après l'opération chez une malade qui avait été internée neuf ans auparavant.

Obs. I (personnelle). — H... (Louise-Frédérique), quarante-sept ans.

La malade a eu trois enfants : l'un venu avant terme est mort en bas âge de dysenterie ; des autres, la fille aînée est normale ; la deuxième paraît au contraire présenter le caractère d'une dégénérée. Toujours elle a été bizarre et a constamment eu pour sa mère une véritable antipathie.

La malade elle-même présente un léger strabisme convergent de l'œil gauche et une implantation vicieuse des dents. Fièvre typhoïde en 1877 et en 1882 ; en 1882, la maladie a été compliquée d'un érysipèle de la face.

Première entrée : 6 juin 1884, à Sainte-Anne, avec diagnostic de mélancolie avec prédominance d'idées de persécution, fausses interprétations, tendance au suicide.

La malade est traitée successivement à Saint-Anne, à Villejuif et à Braqueville (Toulouse), où elle a été transférée. Après quatre mois de séjour à Braqueville, elle est sortie sur la réclamation d'une surveillante d'Audral, en décembre 1886. Le 14 avril 1893, elle entre à Paris dans un service de chirurgie pour des métrorragies abondantes : le 23 avril, un de nos collègues pratique l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Elle reste cinq semaines à l'hôpital après l'opération, va au Vésinet et sort définitivement. Un an après, le 22 avril 1894, elle rentre à Villejuif sur sa propre demande, comme placement volontaire. La vraie cause de sa demande est qu'elle se livre à des habitudes d'onanisme auxquelles elle a voulu renoncer, mais en vain. Elle sentait qu'il lui fallait changer de milieu, se séparer de gens qui exerçaient sur elle une influence néfaste, elle voulait s'isoler, se séquestrer dans un asile où elle ne serait plus exposée, disait-elle, aux excitations malsaines qui l'avaient poussée à la masturbation. Telle fut la vraie cause de son placement volontaire, cause qu'elle a masquée sous une fausse

crainte de tomber dans la misère. Elle avait conscience que ses habitudes d'ouanisme lui étaient nuisibles, et c'est dans le but de se guérir qu'elle a sollicité son entrée à Villejuif en 1894. La malade avoue que la perspective « de ne plus avoir d'ovaires » l'avait beaucoup tourmentée avant l'opération. Elle s'était laissée opérer par nécessité, ne pouvant faire autrement; mais le chagrin de la castration l'a depuis, dit-elle, longtemps poursuivie et la rendait jalouse de sa fille.

L'obsession de son infirmité paraît avoir provoqué les habitudes d'ouanisme : l'opération a pu, chez elle, exercer une influence sur son état mental en réveillant des troubles intellectuels éteints dans ce terrain pour ainsi dire tout préparé. Nous rappelons qu'elle avait été internée neuf ans avant, sans avoir subi à ce moment aucune opération. Il est donc réellement impossible de voir dans ce cas une psychose post-opératoire véritable.

Voici une deuxième observation qu'on peut rapprocher de la précédente et qui semblerait *a priori* plus concluante.

Obs. II (personnelle). — C... (Jouanne), quarante-deux ans, entre à Villejuif dans le service de M. le Dr Briand, le 3 février 1896. Elle venait de la maison de santé du Dr Pottier où elle était restée environ onze mois pour un délire mélancolique avec idées de persécution.

A son arrivée, la malade est dans cet état de dépression mélancolique avec demi-conscience et prédominance d'idées hypocondriaques. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires, mais elle a toujours présenté un caractère bizarre. Elle est triste, dit-elle, parce qu'elle est malade, et elle accuse son médecin de l'avoir opérée sans nécessité.

Elle fut, en effet, opérée par un de nos collègues, le 25 août 1894, dans son service d'hôpital.

Voici quel est son récit : en mai 1893, elle est tombée sur un trottoir et s'est fait une contusion à la cuisse, un peu au-dessus du genou. Cet accident ne l'empêcha pas de marcher, mais il en résulta une douleur qui persista pendant une année.

En août 1894, elle est entrée dans un hôpital où elle aurait été opérée malgré elle!!!

Elle croyait en tout cas avoir besoin d'une opération à la cuisse, et elle fut toute surprise de constater qu'elle avait subi une opération abdominale : elle croit n'avoir jamais rien eu du côté des organes génitaux.

Sur ma demande, mon collègue a copié sur son registre

d'opération, pour me la remettre, la note suivante : « Enorme poche suppurée rétro et sus-utérine venant faire saillie jusqu'à l'ombilic. Laparotomie. Contre-ouverture et drainage. Guérison. »

Après cinquante-deux jours de séjour à l'hôpital, elle rentra chez elle, et un an après, elle fut admise chez le Dr Pottier.

Dans l'intervalle, elle eut, dit-elle, à subir mille tracasseries de la part de son mari. Elle raconte qu'elle n'osait plus manger, craignant d'être empoisonnée par lui. Elle l'accusait même de la délaisser complètement et de l'avoir fait opérer, puis interner pour se débarrasser d'elle. Les médecins, dit-elle, ont été les complices de son mari,

Ce sont les dires ordinaires des persécutés classiques.

Cet état de mélancolie s'aggrave d'ailleurs progressivement ; elle se croit entourée d'ennemis. Elle pense qu'elle est condamnée à mourir, que sa santé a été absolument troublée depuis l'opération, et elle le répète à grands cris, accusant de plus en plus les médecins et son entourage.

La malade ne présentait, à la vérité, aucun antécédent héréditaire ni personnel, mais elle avait eu de tout temps un caractère bizarre, et si l'acte opératoire a eu dans ce cas une action réelle sur l'état mental, on peut affirmer qu'il n'a eu d'autre résultat que de faire éclater des troubles intellectuels dans ce cerveau déjà tout préparé.

Voilà deux cas dans lesquels nous avons pu constater une action du traumatisme opératoire sur la psychose, et nous avons vu combien le premier prêtait à la critique. Nous en avons observé d'autres analogues que nous publierons ailleurs.

Nous pourrons en rapprocher, bien qu'il sorte du cadre gynécologique, un cas intéressant de résection du genou faite avec grand succès par un de nos collègues, pour une tuberculose du genou.

Obs. III. — Le pauvre malade était sur le point de quitter l'hôpital complètement guéri, lorsqu'il commença à ressentir, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne du côté correspondant, une douleur d'abord sourde, puis aiguë.

Le chagrin de voir apparaître une nouvelle affection semblable à la première fit éclater chez lui une crise de mélancolie avec tendance au suicide et idées de persécution, et il fut transporté à Sainte-Anne, puis à Villejuif, où je le trouvai, dans le service de mon collègue Vallon.

Il raconte qu'à l'hôpital, la surveillante lui voulait beaucoup de mal, que c'était à son instigation qu'il avait été interné, et que la nouvelle affection dont il était atteint était la conséquence des mauvais soins qu'il avait reçus.

Il s'agit, comme on le voit, d'un cas où, chez un prédisposé, d'ailleurs, une maladie intercurrente postérieure à l'opération fut le point de départ d'un délire à forme dépressive. C'est une cause nouvelle, survenue entre l'opération et la psychose, qui peut expliquer dans ce cas l'apparition de cette dernière.

Everke, dans le travail que nous avons cité, signale une observation bien curieuse où l'on voit l'influence d'une cause étrangère à l'opération.

Il s'agit d'une femme qui se suicida vingt-quatre heures après l'intervention. En voici le résumé:

Obs. IV. — Femme normale. Grossesse tubaire avec rupture, opérée le 7 novembre 1890 avec succès; les douleurs violentes avaient disparu, et la malade, qui désirait l'opération, paraissait heureuse. Elle se plaignait d'une soif vive et demandait à boire; mais le lendemain, à la visite, le chirurgien refusa d'augmenter la quantité de liquide. Elle lui jeta alors un regard singulier, et à peine avait-il quitté la chambre qu'elle saisit un couteau et se trancha l'artère radiale au pli du coude. Le sang coula sous les couvertures à l'insu des autres malades. Cinq minutes après, la religieuse entra dans la chambre et constata sa mort.

Pas d'antécédents héréditaires chez cette malade. L'auteur pense que c'est le seul désespoir de ne pas obtenir de liquide qui la poussa au suicide. Il s'agit donc là d'une mélancolie aiguë.

Deuxième groupe. — Il comprend un certain nombre d'observations d'un grand intérêt. Ce sont, d'une part, des aliénées présentant des obsessions variables qui les poussent à demander à la chirurgie des opérations qu'elles croient utiles, et qui arrivent parfois à exercer sur le chirurgien une suggestion véritable par le récit de troubles imaginaires ou exagérés; tantôt ce sont des malades qui, atteintes de folie morale, simulent des maladies pour amener le chirurgien à une intervention inutile et parfois extraordinaire. Ce sont les cas, où la suggestion exercée surle chirurgien devient la plus évidente.

On a souvent besoin, dans ces cas et pour excuser ces

derniers, d'être au courant de ces états psychiques et aussi de connaître leur parfaite probité professionnelle.

Comme vous le voyez, nous vous entraînons loin des délires psychiques post-opératoires ; mais à défaut d'observations nombreuses pouvant vous montrer l'influence directe de l'opération gynécologique sur la psychose, nous tenons à vous faire connaître une classe curieuse d'aliénées et à vous montrer ce que certaines font pour nous décider à des interventions en apparence justifiées.

La connaissance de ces observations vous permettra de mieux vous mettre en garde contre cette catégorie de malades, en apparence saines, et qui nous trompent en accusant des sensations subjectives qu'elles n'ont pas ou qu'elles exagèrent, en même temps qu'elle vous donnera l'explication des prétendus délires post-opératoires.

Obs. V (personnelle). — Jeanne D..., âgée de trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires : *Tante :* caractère bizarre, nerveux. S'est brouillée avec tous ses parents. *Mère :* paraît exaltée, partage complètement les idées fixes de sa fille ; très faible de tête, très impressionnable, a été atteinte de chorée. *Grand-père maternel :* alcoolique ; méchant. *Grand'mère maternelle :* caractère difficile. *Père* : aimait boire, dépensait beaucoup, ne travaillait pas ; a abandonné sa femme. *Cousin germain de la mère :* tentative de suicide. *Arrière-grand-père maternel :* buveur, dissipateur.

Antécédents personnels : Pas de maladie nerveuse antérieure. En 1893, elle se plaint d'hémorroïdes, on lui fait une dilatation anale : cette opération fut suivie de douleurs vives dans la colonne vertébrale avec raideur dans les membres inférieurs ; elle est soignée pour une affection de la moelle ; elle est convaincue qu'elle a une lésion grave de la colonne vertébrale.

En 1894, un médecin de province porte le diagnostic de rétroversion utérine qui impressionne vivement la malade. Elle va dès lors consulter un chirurgien connu qui constate un léger déplacement utérin facile à réduire et engage la malade à ne pas s'en préoccuper. Mais quelque temps après, très effrayée de ce prétendu déplacement qui cependant ne la faisait pas souffrir, elle est *admise à l'hôpital sur ses instances pressantes et réitérées.*

Divers médecins appelés en consultation considèrent le déplacement utérin comme insignifiant, mais ne réussissent pas à convaincre la malade qu'elle n'a pas, comme elle se l'imagine, une infirmité grave.

Persuadé qu'il avait affaire à une hypocondriaque obsédée par un mal imaginaire, le chirurgien résolut d'agir par suggestion en pratiquant une *opération simulée* avec l'autorisation de la famille.

Il annonça à la malade qu'il allait l'opérer, qu'il lui redresserait l'utérus (février 1894). Après les préparatifs habituels des grandes opérations (chloroforme), une incision abdominale fut faite de l'ombilic au pubis : c'est à cela que se borna l'intervention chirurgicale. L'hystéropexie imaginaire subie par la malade n'eut aucun résultat favorable. Les sensations douloureuses dans les cuisses, les hanches et les reins augmentèrent. La malade garda le lit d'une façon permanente. Convaincue qu'elle avait été opérée réellement, *elle se figura qu'elle avait été mal opérée*, que sa matrice était de travers, *qu'elle se détachait et roulait dans le ventre*. C'est alors qu'elle fut prise de l'idée fixe qu'elle ne pouvait plus bouger du lit sans danger et ne le quitta plus.

Elle se plaignait de douleurs continues dans les reins et dans le flanc gauche, douleurs qui s'exaspéraient par la marche; elle éprouvait également une douleur dans la cuisse gauche, du genou à la hanche. Elle supplia le chirurgien de l'opérer de nouveau ; sur son refus, elle courut de médecin en médecin, pour faire contrôler son infirmité, accusant le chirurgien de l'avoir estropiée. Un voyage à Lourdes n'eut aucun résultat. Le 10 août 1894, elle fut admise à l'asile d'aliénés de la Charité, comme atteinte de lypémanie avec prédominance d'idées hypocondriaques; elle se lamentait, prétendait souffrir beaucoup et ne pouvoir marcher. Elle en sort le 20 septembre 1894, dans le même état. Elle poursuit le chirurgien de ses récriminations et lui adresse des lettres de reproches et de menaces. Sa mère, influencée par les idées obsédantes de sa fille, partage ses préoccupations hypocondriaques.

En avril 1895, la malade consulte un de nos collègues des hôpitaux, qui constate l'intégrité des organes abdominaux : Jeanne D... se plaint de douleurs continues dans le ventre, les reins et les deux cuisses et déclare sa situation intolérable. On porte le diagnostic de *névralgie pelvienne*.

Notre collègue, en raison de l'intensité des douleurs et du mauvais état général, pratique l'hystérectomie vaginale, qui permet de constater l'absence de lésions des ovaires et des trompes. Les suites de l'opération furent normales. Mais aucun résultat au point de vue des phénomènes douloureux et de l'impotence. La malade revient à Paris, en proie à l'idée fixe qu'elle a toutes sortes de choses dérangées dans le ventre; elle donne de ses maux des descriptions fantastiques. Notre collègue, voulant agir par suggestion, fait une laparotomie explo-

ratrice qui montre tous les organes abdominaux en parfait état. Aucun résultat ne suivit cette troisième intervention chirurgicale. La malade garde toujours le lit, prétend qu'elle ne peut se tenir sur les jambes et se plaint de douleurs dans les reins et les membres inférieurs. Notre collègue envoie la malade à Sainte-Anne, le 6 janvier 1896, avec certificat constatant que Jeanne D..., « ayant subi successivement deux opérations, est atteinte de troubles mentaux antérieurs à ces opérations et qui nécessitent son admission dans un asile spécial. »

D'après la taute de la malade, le début des troubles nerveux remonte à trois ans. Elle se plaignait d'un malaise géuéral, de douleurs dans les jambes, dans le ventre. La tante a toujours pensé qu'il y avait dans ses plaintes une part d'exagération ; la malade considérait sa mort comme prochaine. Après chaque opération, les préoccupations hypocondriaques ont été en s'accentuant; la malade affirmait qu'elle ne pouvait jamais être guérie. qu'elle avait été mal opérée ; elle ne pensait qu'à sa maladie, coutinuellement obsédée par ses préoccupations hypocondriaques.

Chez sa tante, elle avait des façons singulières, se teuait au lit couchée sur le côté gauche, la tête pendante hors du lit, prétendant que cette position la soulageait.

Elle éprouve des *sensations étranges* ; il lui semble que ses reins se rétrécissent, tout se rétrécit sur elle, que le côté gauche est vide, que l'estomac est rétréci, elle croit que les fils n'ont pas été bien attachés, qu'elle est toute défaite dans le ventre, les reins, le côté gauche ; on a mal replacé les organes, dit-elle; il y a quelque chose de décroché ; elle veut qu'on le lui remette.

Exagération très notable des réflexes rotuliens à droite et à gauche.

Diminution légère de la sensibilité au membre inférieur gauche.

La main gauche n'exerce qu'une pression très faible ; pas de thermo-anesthésie.

Elle s'imagine ne pouvoir ni marcher ni se tenir sur ses jambes, bien qu'elle puisse eu réalité le faire quand on insiste ; la malade marche à petits pas eu se plaignant que la douleur des reins l'empêche d'aller plus vite; parfois elle glisse sur le sol sans détacher les pieds. Le traitement hydrothérapique est iustitué malgré la répugnance de la malade à s'y soumettre. Au début, elle s'y traîne, appuyée sur deux infirmières. A chaque visite, ou contre-visite, tout le personnel lui répète qu'elle est guérie; quelques jours après, elle commence à marcher droite, sans se courber en deux comme elle le faisait ordinairement; elle peut, étant assise à terre, se relever sans aide et sans s'appuyer aux meubles voisins ; elle peut étendre les jam-

bes horizontalement ; la jambe gauche est cependant plus faible. Elle se plaint surtout de l'estomac (sensation d'étouffement), des reins, des jambes.

La *suggestion à l'état de veille* paraît amener un réel progrès. Les premiers essais déterminent de l'anxiété, il faut rassurer la malade en lui disant qu'on la soutiendra en cas de chute, et que d'ailleurs l'hydrothérapie l'a guérie.

Quelques jours après, on soumet la malade à l'hypnotisme pour parfaire la guérison. Elle n'est pas plongée dans un sommeil complet, mais dans un léger assoupissement. On profite de cet état pour lui suggérer que ses douleurs disparaissent, qu'elle pourra marcher sans aide. Le jour même on observe une notable amélioration dans la marche ; la malade est plus solide sur ses jambes ; elle marche seule sans fléchir le tronc. On peut même lui faire exécuter un saut de plus d'un mètre de haut, à plusieurs reprises. La malade se déclare alors guérie.

Le lendemain et les jours suivants jusqu'au moment de sa sortie, elle peut monter sur une table et sauter à terre sans éprouver aucun malaise. Elle reconnaît que son imagination seule était malade et promet de venir nous consulter avant de solliciter de nouvelles interventions chirurgicales si les idées hypocondriaques venaient à la reprendre.

Nous avons tenu à citer en détail, cette très longue observation qui met en relief :

1° Les obsessions auxquelles une malade peut être exposée et qu'un chirurgien doit connaître ;

2° Le résultat qu'on peut obtenir par la suggestion et l'hypnotisme ;

3° Cette observation nous montre enfin qu'un délire peut devenir manifeste à la suite d'une opération, sans qu'il soit équitable d'en rendre cette dernière responsable.

En voici une autre analogue.

Obs. VI (personnelle). — Obsessions diverses. Opérations pratiquées sans succès. G..., femme L...t, couturière, présente une hérédité mentale très chargée. Elle a toujours été d'un caractère bizarre, fantasque et exalté. Depuis quelques années, obsédée par des idées hypocondriaques, elle court les cliniques et les hôpitaux de Paris. C'est d'abord aux homéopathes qu'elle s'est adressée pour se faire débarrasser de douleurs abdominales, en rapport avec ses idées délirantes. Plusieurs chirurgiens lui ont successivement fait un curettage de l'utérus, puis un raccourcissement des ligaments par le procédé d'Alexander,

enfin une hystérectomie, sans que jamais elle n'éprouve aucun soulagement.

Les idées de suicide commencèrent alors à germer dans son esprit et elle fut envoyée à Sainte-Anne avec le certificat suivant du Dr Garnier : « Délire mélancolique avec prédominance d'idées hypocondriaques. « Elle a un dépôt de méningite dans la tête », dit-elle. Idées persistantes de suicide. Nombreuses opérations. »

A son arrivée à Villejuif, elle raconte qu'ayant été mal examinée au spéculum, tout lui est remonté dans la tête ; elle déclare que ses intestins n'étant plus retenus par la matrice, sont descendus, se sont noués et elle déclare qu'elle ne va pas suffisamment à la garde-robe. Elle profère des menaces contre les chirurgiens qui l'ont blessée, et demande avec la plus vive insistance à ce qu'on lui fasse préventivement un anus contre nature.

Après quatre mois de traitement, ses préoccupations mélancoliques et hypocondriaques se sont dissipées et Mme L...t put être rendue très améliorée à son mari.

Dans l'observation suivante, la malade également hypocondriaque, fut moins heureuse que la précédente, en ce qu'elle ne put décider un chirurgien à l'intervention.

En réalité, la maladie était devenue tellement manifeste, qu'il n'était plus nécessaire de faire intervenir un aliéniste pour définir son état mental. La simple fréquentation de la malade pendant quelques jours, a pu suffire pour convaincre le chirurgien qu'il s'agissait d'un cas de folie manifeste.

Obs. VII (personnelle). — Obsession chez une vieille persécutée. Marie A... est une sage-femme, âgée de cinquante-huit ans quand elle entra à l'asile de Villejuif.

Elle venait de l'hôpital où elle s'était présentée, marchant avec des béquilles et sollicitant une opération utérine. Le prétexte qu'elle invoquait pour se faire examiner par le chirurgien était conçu en des termes tels, que ce dernier ne douta pas un seul instant qu'elle ne fût atteinte d'une affection de l'utérus ou des annexes. Il procéda à un examen méthodique, sans rien découvrir d'anormal. Néanmoins, comme Mme A... accusait de violentes douleurs, elle fut maintenue en observation. Dans les quelques jours qui suivirent, elle manifesta contre le personnel des idées de persécution qui attirèrent l'attention sur son état mental et la firent envoyer à Sainte-Anne, où elle ne fit que passer.

A son entrée à Villejuif, elle nous entretint de sa prétendue maladie utérine, et comme nous avions la conviction que ses préoccupations reposaient sur des interprétations délirantes, elle finit par nous faire l'aveu complet de son délire. Elle a, dit-elle, depuis l'âge de dix-neuf ans, le corps rempli par une matière échauffée et blanche, qui lui a été introduite par son mari dans le museau de tanche. On ne pourra la guérir que par l'hystérectomie.

Ce n'est pas la première fois qu'elle entre à l'hôpital.

Déjà elle s'était présentée à Saint-Louis et allait, dit elle, être opérée lorsqu'elle eut la mauvaise idée de faire, au chirurgien, la confidence que sa maladie tenait à la matière échauffée qui avait pénétré dans le museau de tanche. En sa qualité de sage-femme, elle tenait à faire preuve d'érudition devant le chirurgien. C'est ce qui l'a perdue, dit-elle, et a fait renvoyer son opération.

Un peu plus tard, afin d'intéresser davantage à son cas, elle avait contracté l'habitude de marcher avec des béquilles et elle fut admise à la Pitié, sans pouvoir obtenir qu'on la débarrassât de sa matière échauffée.

Un examen plus approfondi de l'état mental montra que M^me^ A... est une vieille persécutée dont le délire remonte à une dizaine d'années.

Elle s'imagine qu'un ancien sous-préfet, dont elle a été la maîtresse, use d'une influence secrète pour la tourmenter et la réduire à la mendicité.

Les idées hypocondriaques de cette malade et ses idées de persécution se sont développées parallèlement sans que les unes aient succédé aux autres, ainsi que cela se rencontre souvent.

Les préoccupations, au sujet de la santé, ont mis trente ans à évoluer vers l'idée hypocondriaque confirmée qui poussait la malade à se faire opérer. Il est évident que dans ces conditions, toute opération aurait été au moins inutile. On peut même ajouter que sur un semblable terrain, auraient germé de nouvelles idées hypocondriaques, que les persécutions s'y seraient jointes et que M^me^ A... n'aurait pas tardé à accuser le chirurgien de l'avoir mal opérée. Celui-ci aurait, à son tour, pris rang parmi les persécuteurs imaginaires, de sorte que l'intervention chirurgicale aurait eu pour effet d'aggraver l'état mental de la malade.

Dans les observations précédentes, les malades présentent des obsessions, qui les poussent à demander des opérations qu'elles croient nécessaires ; en tous cas, elles présentent des symptômes dont elles exagèrent incon-

sciemment l'importance : elles se croient malades et viennent demander le secours de la chirurgie.

Nous devons mettre en parallèle des faits qui sortent à la vérité du cadre gynécologique, mais qui nous montrent un nouvel élément, la simulation, que nous pourrons retrouver d'ailleurs sur le terrain gynécologique. Ce sont des malades qui présentent également des obsessions, mais qui simulent des maladies qu'elles savent ne pas avoir, pour obtenir les opérations qu'elles désirent.

Obs. VIII (personnelle). — Obsessions diverses chez une dégénérée, simulation. Joséphine C... présente plusieurs signes de dégénérescence mentale (infantilisme, blésité, malformation de l'oreille externe). Elle est entrée à l'asile pour un accès de folie intermittente. Les parents racontaient qu'elle n'a commencé à marcher qu'après deux ans et n'a pu parler qu'à six ans révolus. Elle était d'ailleurs peu intelligente. Dès l'âge de sept ans, ses seins ont commencé à la préoccuper. Elle en parlait souvent, les considérait avec attention et se montrait très ennuyée à la pensée qu'ils grossiraient. Je me les ferai couper, disait-elle souvent. Les parents n'attachaient aucune importance à ces faits qu'ils qualifiaient d'enfantillage; mais l'obsession devenait de plus en plus pénible, et à seize ans, elle débuta dans ses pérégrinations à travers les services hospitaliers. C'est à peine si elle restait quinze jours chez ses parents entre deux entrées. Presque tous les chirurgiens, entre autres le professeur Trélat, lui ayant déclaré que ses seins étaient très normaux, elle résolut d'en obtenir l'ablation en simulant les maladies pour lesquelles elle avait vu enlever un de ces organes. Les premières simulations échouèrent jusqu'au jour où une voisine de salle fut opérée pour une névralgie mammaire persistante. Le moyen d'arriver à ses fins était désormais trouvé. Elle quitta le service et se fit admettre dans un autre hôpital en simulant d'atroces douleurs névralgiques.

Les moyens thérapeutiques ordinaires n'ayant amené aucun résultat, un chirurgien se laissa convaincre et lui enleva le sein droit; quelques semaines après, elle se faisait enlever l'autre sur le même prétexte. L'obsession ne s'arrêta malheureusement pas là; plus tard, elle se mit dans la tête de se faire débarrasser de ses doigts qui l'ennuyaient, dit-elle, parce qu'ils lui faisaient une vilaine main. Le moyen qu'elle employait était le suivant : elle se mordait le doigt jusqu'à ce que la plaie prît un vilain aspect; elle se présentait alors dans un hôpital où on lui enlevait une phalange sans même l'endormir.

Dans l'intervalle de ses nombreux accès de folie à double forme qu'elle subit, à Villejuif, nous fûmes plusieurs fois témoins des obsessions que lui causaient ses doigts, et nous dûmes la faire surveiller de très près pour l'empêcher de se les ronger ; son désir avoué étant de n'avoir à chaque main que le pouce et l'index.

A côté de cette aberration, on peut citer celle d'une jeune femme qui, poursuivie pendant plusieurs années par la pensée que la grandeur et surtout la largeur démesurée de ses pieds, l'empêcheraient de trouver un mari, tourmentait ses parents pour qu'ils la fissent opérer. Peu s'en fallut qu'elle ne trouvât un chirurgien complaisant, lequel avait à peu près convaincu la mère qu'une opération pourrait améliorer les choses. Sur le conseil du médecin de la famille, le père intervint, fort heureusement, assez à temps pour empêcher une intervention au moins inutile. Cette dame, qui depuis, a mis trois enfants au monde a eu, après chacune de ses couches, un accès de folie puerpérale. Elle avait les pieds plats et comme elle savait que certaines opérations étaient tentées lorsque survenaient des névralgies rebelles, elle avait appris à simuler suffisamment ce symptôme pour tromper un chirurgien, qui était sur le point de tenter une opération, lorsque ses soupçons furent mis en éveil par la prétention de la malade qui voulait se faire enlever un métatarsien pour diminuer la largeur de son pied.

Autre observation à peu près identique à la précédente :

Obs. IX (personnelle). — Obsessions diverses. Simulation. Adèle est une prédisposée à la folie qui, depuis 1886, est entrée plusieurs fois dans les asiles. Elle est, en outre, sujette à de rares accès d'hystéro-épilepsie. C'est une forte fille de vingt-cinq ans, d'une grande inégalité d'humeur, tantôt déprimée, tantôt violente et impulsive et très désireuse d'attirer l'attention. Entre deux séjours à Villejuif, elle trouva moyen de se faire amputer les deux seins, de la façon suivante. Bien que d'un volume normal, ils la gênaient par leur gonflement au moment des règles, aussi les malaxait-elle pour les faire dégonfler ; une érosion qu'elle se fit au mamelon fut suivie d'érisypèle. Plus tard, il se produisit un petit phlegmon dans les mêmes conditions ; aussi jura-t-elle de se débarrasser d'organes inutiles, qui ne lui causaient que des ennuis et d'inutiles séjours à l'hôpital.

Le premier chirurgien auquel elle s'adressa la renvoya en la plaisantant sur l'étrangeté de sa demande ; mais elle retint de cette première consultation que certaines névralgies mammaires nécessitaient parfois l'amputation d'un sein. Son boni-

ment était trouvé. Munie de ce renseignement, elle courut les services hospitaliers, et finit par trouver un opérateur qui allait procéder à l'ablation, lorsqu'une malencontreuse attaque d'hystérie fit penser à un point hystérique et remettre l'opération aux calendes grecques. Elle quitta ce service où sa qualité de sujet intéressant lui avait permis d'apprendre tout ce qu'il fallait pour simuler correctement une névralgie rebelle à toute thérapeutique, et se fit admettre dans un autre hôpital où on lui fit enfin l'amputation du sein gauche.

Désormais rien n'était plus facile que de se faire débarrasser de l'autre en invoquant un précédent. C'est ce qu'elle fit quelques mois après.

Elle fit, vers cette époque, un séjour de quelques mois à Villejuif, à l'occasion d'un accès d'agitation maniaque, et nous raconta son odyssée.

Cette jeune fille était éminemment suggestible ; aussi est-il fâcheux qu'on n'ait pas eu la pensée de la débarrasser de son obsession, par une tentative de suggestion.

Transférée dans un asile de province, elle fut bientôt rendue à la liberté, ce dont elle profita pour se faire amputer un doigt de la main gauche, qu'elle trouvait trop gros par rapport aux autres. Pour arriver à ses fins, elle y entretint par des pansements irritants, une plaie profonde qu'elle s'était faite avec les dents. Il faut ajouter qu'elle était hémi-anesthésique de ce côté.

La recherche du sommeil chloroformique devait être aussi pour quelque chose dans ses mutilations ; car, dans un précédent séjour à la Charité, elle avait pu faire une provision de chloroforme et contracter l'habitude d'en respirer et même d'en boire.

En vous soumettant, Messieurs, les observations précédentes, dont toutes n'ont pas trait à la gynécologie, nous avons tenu à vous montrer une catégorie de malades trop peu connus des chirurgiens.

Vous avez vu combien l'insistance de certains malades à faire parade de douleurs imaginaires, finit par suggestionner le chirurgien lui-même, et lui faire tenter des opérations qui, si elles sont justifiées en apparence par les symptômes accusés par les malades, ne sauraient conduire à aucun résultat utile.

Nous avons voulu vous montrer des faits d'opérations en apparence étonnantes, et qui peuvent s'expliquer cependant en se plaçant à un certain point de vue. C'est surtout dans cette catégorie de malades qu'il faut cher-

cher, non seulement les insuccès thérapeutiques, mais aussi les prétendus cas de folie post-opératoire.

Il faut le dire nettement et c'est la conclusion que nous voulons tirer des observations précédentes.

Si les grosses opérations sur l'utérus et les annexes, nécessitées par des lésions matérielles évidentes, donnent surtout les délires septiques, ce sont les opérations pratiquées pour des symptômes subjectifs, souvent imaginaires et parfois simulés chez les prédisposées et les aliénées antérieures, qui donnent ces prétendues psychoses, qui ne constituent que des épisodes dans une longue histoire pathologique.

Ce n'est pas autrement qu'il faut expliquer la plupart des cas qui sont réunis avec une certaine complaisance depuis une vingtaine d'années contre l'extension de la gynécologie, et que nous avons eu en vue dans notre groupe n° 3 des observations publiées.

La plupart des faits rapportés par Seligman, dans sa thèse, ne comportent pas, à notre sens, une autre interprétation. Et combien d'autres pourrions-nous citer encore en parcourant la longue liste des observations qui encombrent actuellement la littérature sous des titres erronés.

On comprend que, d'une part, l'ignorance de cette pathologie spéciale, et, d'autre part, la confiance bien naturelle que le chirurgien a dans ses actes depuis la rénovation antiseptique, l'aient conduit à des exagérations excusables, mais contre lesquelles il importe de réagir aujourd'hui si on ne veut pas porter atteinte à la chirurgie elle-même, en fournissant des arguments, en apparence sérieux, à ses détracteurs.

Instruits pour notre part, depuis longtemps, des faits que nous venons de vous soumettre, nous nous sommes toujours opposés à l'intervention chez ces malades. L'un de nous prend, dans ses observations personnelles, un certain nombre de cas à l'appui de cette manière de faire.

Obs. X (personnelle). — En 1892, entra dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer à l'hôpital Broca, une femme âgée de trente-deux ans, se plaignant de vives douleurs dans l'hypogastre avec irradiation du côté du rectum.

Cette malade, qui avait eu plusieurs grossesses, racontait qu'un an auparavant, elle avait commencé à souffrir du bas-ventre, et que les douleurs avaient peu à peu augmenté d'intensité.

Il y a trois mois environ, une notable quantité de pus s'écoula par le rectum, au moment de la défécation; il y eut un soulagement immédiat; mais peu à peu les douleurs reparurent, et c'est dans ces conditions qu'elle se décida à entrer à l'hôpital. L'état général de la malade est d'ailleurs excellent et elle ne s'est jamais alitée.

L'interne chargé du service examina cette malade dès son entrée, constata une certaine immobilité de l'utérus, et n'ayant aucune raison de suspecter la bonne foi de la malade, admit le diagnostic de suppuration pelvienne ouverte dans le rectum, et devant les douleurs persistantes éprouvées par la malade, me la proposa pour une hystérectomie.

J'examinai moi-même cette malade sous le chloroforme; contrairement à ce que l'on trouvait à l'état de veille, l'utérus était absolument mobile et les annexes sains et libres de toute adhérence.

En rapprochant les résultats négatifs de l'examen des conditions excellentes où se trouvait la malade sous le rapport de la santé générale, éclairé par d'autres faits analogues de ma pratique, je me mis à douter des renseignements donnés par cette malade. En la pressant de questions sur la nature de l'écoulement qu'elle accusait du côté du rectum, je constatai qu'elle était dans l'impossibilité de nous renseigner précisément sur les circonstances de cet accident.

Je n'accuse en aucune façon la bonne foi de cette femme : à mon avis, elle n'avait fait qu'exagérer inconsciemment les phénomènes produits ; j'admettais fort bien qu'elle avait pu présenter à un moment donné un écoulement quelconque, mais ce pouvait être un peu de mucus ou des matières liquides, à coloration bizarre, dans lesquelles elle avait cru reconnaître la présence du pus.

J'engageai dès lors cette malade à m'écrire elle-même ses observations. Cette lettre fut pour moi la confirmation de mon opinion à son égard; elle me décrivit les sensations éprouvées par elle avec un luxe d'expressions qui trahissait suffisamment son état mental. Je fis dès lors venir son mari et j'appris de lui que depuis longtemps sa femme présentait des signes tout à fait singuliers et pénibles d'excitation et de dépression morale. Je lui conseillai dès lors d'aller consulter à l'asile Sainte-Anne. Elle y fut reçue de suite par M. Magnan avec le diagnostic « mélancolie anxieuse ».

Cette femme m'écrivit un jour une longue lettre où elle me

signalait un renseignement curieux à noter : avant son mariage, elle avait, dit-elle, été séduite par un homme qui l'avait emmenée à l'étranger et l'y avait abandonnée.

Elle crut que cet homme avait une « maladie honteuse » et la lui avait communiquée. C'est à cette origine qu'elle attribuait tous les troubles ressentis par elle et spécialement l'abcès profond dont elle avait cru constater l'ouverture par le rectum.

On voit donc que, chez cette femme prédisposée à la folie, c'est l'idée d'une infection à la rigueur possible qui l'a conduite à la mélancolie anxieuse. Actuellement, elle est en pleine démence et a été récemment transférée dans un asile du Nord-Ouest.

Obs. XI. — Je suis appelé, il y a un an, dans les environs de Paris, près d'une dame âgée de trente-cinq ans, qui présentait une curieuse histoire. D'un tempérament très nerveux, sans antécédents pathologiques, cette dame avait accouché pour la première fois, il y a environ deux ans et demi. Depuis cette époque, elle ne s'est jamais relevée.

L'accouchement s'est effectué dans d'excellentes conditions ; les suites avaient été aussi simples que possible ; mais la malade commença bientôt à ressentir dans la région lombaire et les fosses iliaques une douleur qui a persisté depuis.

Tous les traitements locaux et généraux ont été essayés sans succès, et c'est parce que l'on suppose dans son entourage l'existence d'une salpingite que je suis appelé à donner mon avis. Je dis l'entourage, car le médecin de la malade a parfaitement rattaché à leur véritable cause les accidents éprouvés par la malade.

Dès mon arrivée près de la malade, je ne tarde pas à reconnaître tout l'appareil pompeux des névropathes. Les stores de sa chambre étaient complètement fermés, et M^me^ X... se servait nuit et jour de la lumière artificielle ; mise avec une extrême recherche, elle passait ses journées à lire des romans.

Quand elle était entièrement seule, elle se levait volontiers ; mais, dès que quelqu'un pénétrait dans sa chambre, immédiatement elle accusait des douleurs violentes dans le bas-ventre ; son mari se trouvait obligé, la nuit, de mettre à sa disposition des calmants de toute espèce.

Mon examen fut des plus difficiles ; le moindre attouchement réveillait chez elle des douleurs intolérables. Je pus, néanmoins, acquérir la certitude que les annexes ne présentaient aucune lésion appréciable. Cette malade, très névropathe, d'ailleurs, était en somme atteinte d'une névralgie ovarienne qu'elle entre-

tenait et enltivait avec soin par le séjour au lit. Cette malade avait espéré trouver en moi un chirurgien complaisant.

Quand je lui exposai le plan thérapeutique que j'avais adopté avec le médecin de la famille, la malade ne put cacher son mécontentement. Elle commença par me supplier de lui enlever les deux ovaires, elle essaya de me fléchir en me vantant les beaux succès de la chirurgie, et quand elle vit que ma résolution était formellement arrêtée, elle me dit franchement qu'elle regrettait de s'être adressée à moi.

Voilà donc une malade qui, contrairement à beaucoup d'autres, recherchait avec insistance une intervention chirurgicale. Elle voulait à tout prix une castration, non pas dans un but malhonnête (elle s'y serait prise probablement autrement), mais par mode, par imitation et aussi dans le but de rendre sa situation plus intéressante.

Obs. XII (personnelle). — M^lle P..., vingt-huit ans, est une dégénérée avec antécédents héréditaires ; très intelligente, munie de tous ses brevets d'institutrice, elle se laisse séduire par un homme auquel elle venait demander un conseil. Lâchement abandonnée, au moment même où elle se croyait enceinte, elle est prise brusquement d'un accès d'excitation maniaque et entre dans le service de M. Bouchereau, à Sainte-Anne, où elle séjourne pendant huit mois. Elle en sort guérie et entre à l'École d'accouchement comme élève sage-femme. Elle y fait de brillantes études, mais quitte l'École au moment de passer ses examens et ne tarde pas à rentrer à Sainte-Anne avec un délire où prédominent des idées mélancoliques, qui ne laisse guère actuellement d'espoir de guérison.

Peu de temps après son premier rapport, elle ressentit quelques symptômes de vulvite et des douleurs dans l'hypogastre. A ce moment, elle vint me consulter avec une de ses parentes, et après m'avoir confessé l'origine des symptômes qu'elle éprouve, me pria de l'examiner.

Je ne trouvai rien de bien notable ; il existait un peu de rougeur à la vulve ; quelques signes d'endométrite ; les annexes étaient saines.

Les études qu'elle fit à la Maternité devaient être, pour elle, l'occasion de conceptions délirantes, mais parfaitement raisonnées, et par cela même dangereuses pour un chirurgien inexpérimenté.

Les applications très rigoureuses qu'elle vit faire de la méthode antiseptique, à la Maternité, devaient frapper profondément l'imagination de cette fille particulièrement intelligente.

Elle crut, et cela avec quelque apparence de vérité, qu'elle avait été infectée lors de son premier coït; mais, au lieu d'en rester à la donnée pathogénique des accidents ressentis par elle, elle interpréta, d'une manière délirante, la nature et le caractère de ces accidents, se crut d'autant plus exposée aux complications qu'elle voyait chaque jour sous les yeux qu'elle croyait réellement avoir eu un début de grossesse.

Elle réclama donc impérieusement une intervention chirurgicale. Elle écrivait souvent à son médecin, et en excellent style, pour lui faire part de ses craintes et de son désir d'entrer dans mon service, à Ivry, pour y subir un curettage.

Les arguments qu'elle invoquait pouvaient frapper un esprit non prévenu. Quant à moi, éclairé par les antécédents de cette malade, au point de vue mental, je résistai à ses demandes réitérées.

Un moment cependant, je fus sur le point de la prendre à Ivry, espérant, par une opération simulée, calmer ses appréhensions au sujet de l'infection dont elle se croyait atteinte à un si haut point. Mais les accidents psychiques se précipitèrent rapidement et rendirent toute tentative de ce genre impossible.

Il s'agit, dans les cas qui précèdent, de malades déjà aliénées et auxquelles j'ai simplement refusé une intervention.

Nous pourrions y ajouter d'autres faits analogues, dans lesquels l'usage de moyens spéciaux à la thérapeutique des affections mentales a pu amener rapidement la guérison.

Mais ce serait trop nous écarter du sujet actuel et nous avons hâte de tirer de l'exposé précédent les conclusions suivantes :

Il résulte des faits que nous venons de vous exposer que les observations qui démontrent l'influence des opérations gynécologiques sur la production des délires sont bien exceptionnelles, si tant est qu'il en existe réellement.

La plupart des faits publiés sont ou incomplets ou ont trait à des délires fébriles ou rentrent dans la troisième catégorie que nous avons établie dans ces observations.

Si on ne peut contester d'une façon absolue l'existence du délire post-opératoire après les opérations gynécologiques, délire qui semble réel dans notre deuxième observation, on peut affirmer qu'il est excep-

tionnel et qu'en tout cas il ne présente pas cette fréquence si complaisamment annoncée par les auteurs sur des observations le plus souvent incomplètes.

Il faut, à notre sens, dans les opérations gynécologiques, distinguer deux groupes :

1° Celles qui s'adressent aux grosses lésions de l'utérus ou des annexes : à celles-là correspondent les délires toxiques (iodoforme ou septicémie). Fréquentes autrefois, elles tendent à devenir de plus en plus rares ;

2° Celles qui s'adressent aux troubles subjectifs accompagnant des lésions souvent insignifiantes et qui constituent le domaine de la petite chirurgie gynécologique (opération d'Alexander, de Schrœder, colporraphies diverses).

A celles-là correspondent le plus grand nombre de psychoses ; mais le plus souvent vous saurez, en les examinant, qu'il s'agit d'aliénées anciennes, et vous devrez leur refuser l'intervention.

Voilà ce qui découle de notre observation et de notre étude.

Et, en résumé, nous pensons que si la chirurgie est susceptible d'exercer une influence sur l'état cérébral des sujets, c'est une influence plutôt bienfaisante, et notre observation personnelle nous permet encore d'affirmer, d'accord avec quelques auteurs, que la chirurgie intervient, non pour provoquer des troubles cérébraux, mais peut les guérir dans quelques cas.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 6 JUIN 1898

Présidence de M. MEURIOT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Régis, lauréat du prix Aubanel ;

2° Une lettre de M. le Dr Pilcz, médecin de l'asile d'aliénés de Vienne (Autriche), sollicitant le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Ballet, Christian et Sérieux, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le compte rendu de l'Œuvre de patronage des aliénés pour 1897, par M. J. Falret ;

2° Le rapport de M. Ozenne sur le Congrès international de médecine professionnelle et de déontologie médicale pour 1900 ;

3° Un travail de M. Beca, de Santiago du Chili, sur les asiles d'aliénés en Europe et dans les Etats-Unis d'Amérique.

4° Bulletin de la Société de tempérance, n° 4.

Présentation d'un pupillomètre.

M. Toulouse présente un pupillomètre clinique construit par M. Chazal, qui consiste en un monocle en verre de 25 millimètres de diamètre et gradué, que l'on place devant la pupille pour mesurer son diamètre.

Il est de petites dimensions pour qu'il puisse être appliqué sous l'arcade orbitaire. Sur sa partie centrale est gravé un carré de 1 centimètre de côté, divisé en 100 millimètres carrés. Les traits doivent être fixement gravés pour ne pas masquer la pupille vue par transparence : pour la même raison, le verre doit être mince. Les traits sont en outre colorés en rouge, en écrasant sur le verre de la mine de crayon de cette couleur, — ce qui les fait mieux ressortir sur les pupilles.

Le monocle doit être placé le plus près possible de la pupille du sujet, à 1 centimètre au maximum, et être dans un plan parallèle à la surface pupillaire. On peut encore glisser le monocle dans la rainure d'une lunette d'essai. Toutefois, la pièce médiane de cette lunette aura une concavité postérieure telle que les verres, une fois placés, soient à moins de 1 centimètre de distance de la pupille. On voit alors la pupille sous le verre gradué et l'on peut mesurer son diamètre.

Mais il est bon, avant de prendre le diamètre de la pupille, d'attendre la fin des mouvements d'accommodation provoqués par la pose de l'appareil. On peut alors noter le diamètre de la pupille dans la vision éloignée ou rapprochée et à un éclairage plus ou moins intense. A ce point de vue, on se trouve dans les mêmes conditions que lorsqu'on examine une pupille à l'œil nu. La quantité d'éclairage est une des conditions qui font le plus varier les diamètres des pupilles saines. Il serait donc préférable d'examiner toujours le sujet dans une chambre éclairée par une lumière artificielle dont le pouvoir serait connu et à une distance toujours la même. Il est important de recommencer, à plusieurs reprises, l'expérience pour avoir une moyenne correspondant à une condition déterminée.

Cet appareil présente des causes d'erreur qu'il est bon de connaître pour les éviter. Disons tout de suite que, dans la pratique, il en est qui sont tout à fait négligeables. Ainsi celles tenant à la mesure d'une surface très légèrement convexe (surface pupillaire) par un verre plan, et celle due à ce fait qu'on ne peut maintenir le pupillomètre dans un plan rigoureusement parallèle à la surface examinée. Ces causes d'erreur sont négligeables. Mais il en est deux autres qui sont

importantes : l'une est en rapport avec la distance qui sépare le pupillomètre de l'œil de l'observateur.

La physique et la physiologie nous permettent de comprendre que le pupillomètre doit donner une mesure d'autant plus petite qu'on l'éloigne davantage de la pupille vers l'œil de l'observateur, l'œil du sujet restant au même point. En s'éloignant, le pupillomètre coupe en effet le cône des rayons lumineux issus de la pupille examinée en des sections de plus en plus petites.

Le même fait se produit quand le pupillomètre restant à une distance constante de la pupille examinée, l'œil de l'observateur se rapproche de l'instrument. Dans ce cas, le pupillomètre coupe le cône lumineux en des sections de plus en plus petites, tandis que dans la vision éloignée les rayons lumineux tendent à devenir parallèles et par conséquent la section pupillométrique est sensiblement égale à l'image pupillaire. Il faut donc rapprocher le pupillomètre le plus près possible de l'œil du sujet et éloigner le sien de l'instrument le plus possible. J'ai calculé que le pupillomètre placé à 1 centimètre de la pupille fournissait à l'œil de l'observateur distant de 20 centimètres de l'instrument une image apparente égale à l'image réelle à 1/30e près.

On peut donc conclure que ce pupillomètre, employé comme il est dit plus haut, fournit des renseignements exacts. Il permet de mesurer des différences de 1 demi-millimètre. Il est donc utile et indispensable pour exprimer numériquement et à un demi-millimètre près la grandeur des diamètres pupillaires. Ces termes vagues de *pupilles dilatées*, *moyennes*, ou *contractées* peuvent, de la sorte, être remplacés par des chiffres.

Rapport de candidature.

M. Séglas, au nom de la commission d'examen, fait un rapport oral sur la candidature de M. Nina Rodriguez.

Après avoir rappelé les titres scientifiques de M. Nina Rodriguez, il fait un exposé rapide de ses travaux sur les différentes branches de la pathologie mentale et nerveuse et analyse plus particulièrement certains d'entre eux, notamment un mémoire sur les névrites pé-

riphériques et un autre sur les races humaines au Brésil.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées par la Société et M. Nina Rodriguez est nommé membre associé étranger, à l'unanimité des membres présents.

Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale (Suite).

M. Daniel Brunet. — Je demande à faire une rectification, qui me paraît assez importante, à la réponse que m'a adressée M. Ballet sur l'origine syphilitique de la paralysie générale, dans la séance du 28 mars dernier.

M. Lovy n'a pas dit qu'il avait trouvé huit ou dix paralytiques généraux sur quarante aliénés, ce qui serait une proportion assez forte. Il a dit, ce qui est bien différent, que depuis plus de quatre ans qu'il est médecin de l'hôpital musulman, auquel est annexé le quartier d'aliénés de la Tunisie, il n'avait observé en tout que huit ou dix paralytiques et que le nombre des musulmans de la Régence dépassait un million. Il en résulte que la proportion annuelle des individus atteints de paralysie générale y est à peine de 2 à 2,5 par million d'habitants.

Ce qui a induit en erreur M. Ballet, c'est que j'avais dit en commençant ma communication que le nombre de lits du quartier d'aliénés de l'hôpital musulman est de quarante.

M. le Secrétaire général donne lecture de la communication suivante adressée à la Société par MM. Mairet et Vires :

« Nous lisons dans le numéro des *Annales médico-psychologiques* du mois de mai, une communication de M. Gilbert Ballet, sur les *Lésions cérébrales de la paralysie générale par la méthode de Nissl.*

Dans cette communication, M. Ballet veut bien s'occuper de notre travail sur *l'Etiologie, la Pathogénie et le Traitement de la paralysie générale* et il présente, à son sujet, différentes remarques qui nous paraissent nécessiter de notre part une réponse.

Cette réponse paraîtra peut-être tardive aux membres de la Société ; mais n'ayant eu connaissance de la communication de M. Ballet que par le dernier numéro

des *Annales médico-psychologiques*, nous avons dû attendre jusqu'à aujourd'hui pour la faire. Nous espérons que les membres de la Société voudront bien l'accueillir.

Les remarques de M. Ballet visent plus particulièrement quatre points.

1. M. Ballet pense que, si nous n'avons retenu que 174 observations de paralytiques généraux sur plus de 1,000 dossiers qui étaient à notre disposition, c'est seulement après coup que nous nous sommes intéressés au problème étiologique de la paralysie générale et que nous avons cherché à le résoudre avec des documents qui n'ont pas été spécialement recueillis dans ce but et qui, par suite, sont dénués de valeur.

2. Notre statistique est une statistique d'asile et, d'après M. Ballet, il faut se défier de ces dernières.

3. Nous avons eu le tort de faire figurer dans le total de nos paralysies générales des cas que nous en éliminons dans le détail.

4. Nous avons fait des inexactitudes de diagnostic.

Passons en revue ces quatre chefs d'accusation :

1. Ce n'est pas après coup, à l'inverse de ce que pense M. Ballet, que nous nous sommes intéressés au problème étiologique de la paralysie générale, nos documents ont toujonrs été spécialement réunis dans le but de résondre ce problème.

Vivant dans un milieu scientifique où, derrière tout diagnostic nosologique, on cherche à établir un diagnostic pathogénique, nous nous sommes attachés de tont temps à rechercher, pour chaque cas en particulier, les divers facteurs auxquels on peut attribuer le rôle de causes dans la réalisation de la paralysie générale.

Forcément, en agissant ainsi, nous nous trouvons en présence d'un grand nombre de faits pour lesquels nons n'avons pas de renseignements touchant l'un ou l'autre de ces facteurs. C'est ce qui explique que, sur plus de 1,000 dossiers de paralytiques généraux, nous n'en ayons que 174 où tous les renseignements sont complets, que 174, par conséquent, qni peuvent nous servir ponr notre étude.

Ce que nous avons vonlu faire, en effet, c'est — nous laissant simplement diriger par les faits, et sans idée

préconçue — une étude de l'ensemble des facteurs susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie de la paralysie générale. Certes, nous aurions pu, en nous attachant à la recherche d'un seul facteur, augmenter le nombre de nos observations; mais agir ainsi, eût été rétrécir beaucoup trop le champ de l'étiologie de cette maladie et s'exposer à donner à ce facteur une importance que démentent les faits.

2. Nous ne comprenons pas, nous l'avouons, la critique portée contre les statistiques faites dans les asiles. Elle n'est pas, en tout cas, justifiée pour celui dans lequel nous étudions.

Sans doute, nombre de paralytiques généraux entrent dans notre service et y meurent, sans que nous puissions avoir de renseignements sur leurs antécédents ; mais, à côté de ceux-ci, il en est un grand nombre sur lesquels nous avons des renseiguements aussi précis et aussi étendus que possible. Nos malades sont, en effet, recrutés à peu près exclusivement dans le département de l'Hérault et, pendant leur séjour à l'asile, ils reçoivent de fréquentes visites de parents ou d'amis.

Nous pouvons donc avoir des renseignements que nous vérifions et que nous étendons encore, tantôt auprès de l'un, tantôt auprès de l'autre, en faisant souvent appel à ceux de nos confrères qui ont vu les malades au dehors.

Nous avons ainsi des renseignements aussi sûrs que ceux que nous fournissent les malades, soignés par nous dans leurs familles, et, en tout cas, beaucoup plus complets que ceux que nous pouvons avoir sur les paralytiques généraux qui viennent nous consulter eu passant dans notre cabinet.

Il y a dans cette manière d'apprécier les statistiques d'asiles une légende contre laquelle nous nous élevons énergiquement, contre laquelle il faut protester ; il est au contraire peu, il n'est même peut-être pas de milieu hospitalier où l'on puisse faire des recherches aussi scientifiques que dans un asile d'aliénés. Seulement il faut pour cela beaucoup de temps et beaucoup de patience.

3. En nous accusant de porter au total de nos paralysies générales des cas que nous en éliminons dans le détail, M. Ballet a en vue 20 observations de syphilis

cérébrale à forme de paralysie générale. Si nous avons porté ces observations de *syphilis cérébrale à forme de paralysie générale*, c'est que nous avons besoin pour le but que nous poursuivons, de nettement distinguer cette syphilis cérébrale de la paralysie générale vraie. Une fois ce but atteint, nous avons, dans notre étude synthétique, pour établir le pourcentage des causes, élagué ces 20 observations de nos 174 cas.

La critique de M. Ballet n'est donc pas justifiée.

4. Nous avons fait des erreurs de diagnostic.

Nous pensions cependant, depuis le grand nombre d'années que nous observons des malades, savoir distinguer la paralysie générale des maladies qui s'en rapprochent plus ou moins.

Nous avons même été des premiers à établir, à côté de la paralysie générale, *maladie par lésions diffuses*, une paralysie ayant, à un moment donné de son évolution, les apparences symptomatiques de la première, mais due soit à la généralisation d'un travail d'abord localisé (paralysie généralisée), soit à un travail disséminé comme dans la syphilis cérébrale (paralysie par lésions disséminées).

M. Ballet, aux critiques qui précèdent, en ajoute une autre : c'est, d'après lui, un dessein chimérique que de tenter de résoudre par la clinique une question comme celle de l'ordre de subordination des altérations dans la paralysie générale : cette solution appartient à la seule anatomie pathologique.

Nous ne contestons nullement que c'est à cette science que revient tout particulièrement l'étude de cette question; mais, cependant, nous ne pouvons, ce nous semble, nous dispenser d'indiquer ce que les faits nous révèlent à ce sujet, et nous sommes heureux qu'ils nous aient conduits en ce qui concerne l'altération première des vaisseaux à des conclusions semblables à celles auxquelles l'anatomie pathologique a conduit M. Ballet. »

M. Gilbert Ballet. — Je ne ferai qu'une courte réponse à celle que MM. Mairet et Vires me font l'honneur d'adresser, à propos des quelques réflexions que j'ai cru devoir présenter au sujet de leur intéressant et important mémoire.

J'avais craint que les auteurs aient appuyé leurs conclusions sur des observations consultées après coup et qui n'auraient pas été recueillies spécialement en vue de l'enquête étiologique. Je suis heureux d'apprendre qu'il n'en pas été ainsi ; je le suis d'autant plus que la rectification me fournit un argument singulièrement puissant à l'appui de l'opinion que j'ai émise relativement à la valeur des enquêtes étiologiques faites dans les asiles ou les hôpitaux. En effet, si le milieu hospitalier se prête aussi complaisamment que MM. Mairet et Vires le prétendent aux enquêtes de cet ordre, il y a lieu d'être surpris que nos éminents collègues aient retenu seulement 174 observations sur 1,000, ce qui, si je ne m'abuse, semble établir que, dans plus des quatre cinquièmes des cas, ils n'ont pu se procurer de renseignements circonstanciés. On ne me taxera pas d'exagération si j'affirme que, dans d'autres conditions, les cas négligeables sont incomparablement moins nombreux.

Au moins, dans leur statistique, la qualité remplace-t-elle la quantité? Je voudrais pouvoir l'admettre. Mais MM. Mairet et Vires me permettront bien de leur demander quelle valeur on peut attacher, par exemple, à un renseignement négatif relatif à la syphilis, quand il est fourni, comme dans les observations V, ou IX, ou XXI, etc., par des malades déments. Je pense bien que, suivant leur habitude, les auteurs ont interrogé les familles ; mais d'ordinaire (et j'imagine qu'il en est à Montpellier comme à Paris), ce n'est pas la famille, ni même les amis, que les individus affectés de syphilis choisissent pour confidents de leur affection.

J'avais été surpris que MM. Mairet et Vires fissent figurer, parmi leurs 174 paralytiques, 20 malades syphilitiques qu'ils affirment n'avoir pas été atteints de paralysie générale. J'imagine qu'en procédant ainsi, nos collègues n'ont pas eu la pensée que, communément, les cliniciens commettent la faute de prendre pour de l'encéphalite diffuse la syphilis cérébrale à lésions circonscrites. Ils ont paru vouloir faire jaillir la clarté de la confusion. C'est affaire de méthode personnelle d'exposition qui regarde avant tout les auteurs, et je m'excuse d'avoir exprimé la surprise qu'a éprouvée plus d'un

lecteur, à ma connaissance, en parcourant le chapitre V. Il reste entendu que c'est volontairement et systématiquement que MM. Mairet et Vires ont compté au nombre de leurs paralytiques (174) des malades qui n'en étaient pas. On aurait mauvaise grâce à soulever des objections sur l'ordonnance des matières en un volume aussi fourni de faits et aussi touffu que celui dont il s'agit.

Nos collègues me reprochent de leur avoir attribué des « erreurs de diagnostic ». Le mot n'est pas de moi. Je sais quelle est la haute compétence de MM. Mairet et Vires ; je n'ai jamais douté, ai-je besoin de le dire ? que « vivant dans un milieu scientifique », ils sachent « distinguer la paralysie générale des maladies qui s'en rapprochent plus ou moins ». Mais dans cette discussion, je dois oublier les personnes pour ne faire attention qu'aux faits. Or, je doute qu'on reconnaisse un paralytique général à l'exposé symptomatique suivant : « Observation II (p. 14) : Car. Jean. Jusqu'à l'âge de soixante-six ans, les fonctions intellectuelles restent complètement intactes ; à soixante-six ans, il tombe d'une charrette, la roue du véhicule lui fait une blessure au crâne. Immédiatement après cette chute et ce traumatisme, l'intelligence de Car... baisse et le système musculaire s'affaiblit. Le malade ne s'agitant pas, ses parents le gardent auprès d'eux : mais plus tard, de l'agitation avec égarement, revenant plutôt la nuit, nécessite son admission à l'asile. Là, nous portons le diagnostic de démence avec troubles paralytiques généralisés, liés à une sénilité anticipée.

« Agité, craintif, ce malade est égaré, il tripote dans le courant de la journée, rôde de tous côtés, se perd dans les cours et les salles. Parfois rit sans motif, ou, pour une cause futile, il pleure comme un enfant. La nuit, il ne dort pas, s'empare des effets des autres malades.

« La paralysie généralisée à l'ensemble des muscles de l'économie est très marquée. Le cœur est sénile ; il y a une lésion aortique très nette ; l'athéromasie est généralisée et, six mois après l'entrée, Car... s'affaissa brusquement, tué probablement par une embolie. »

Si l'on pouvait garder quelque doute sur la nature de l'affection cérébrale de ce malade, il suffirait, pour le

dissiper, de lire le procès-verbal de l'autopsie, d'ailleurs un peu sommaire. « ENCÉPHALE. Les méninges sont épaissies, la pie-mère est adhérente à la substance grise sous-jacente, et on peut l'en séparer *sans produire d'ulcérations*. — CŒUR : Insuffisance aortique, dilatation de l'aorte, plaques d'athérome sur les parois de ce vaisseau. Hypertrophie du ventricule gauche. »

MM. Mairet et Vires me dispenseront de citer leurs observations I, III et même IV, où le mot paralysie générale n'a plus de sens, où il faut renoncer à considérer comme en étant affectés trois au moins des quatre malades envisagés par nos collègues comme des « paralytiques généraux présentant les manifestations ordinaires de la diathèse arthritique. »

Un dernier mot. J'ai incidemment critiqué la prétention qu'avaient émise MM. Mairet et Vires, de résoudre à l'aide d'arguments cliniques la question très controversée, de l'ordre de subordination des lésions dans le cerveau (cellulaires, interstitielles, vasculaires). Je persiste à penser que la solution de cette question ne peut nous être fournie que par l'histologie pathologique, et je m'obstine à ne pas comprendre comment la symptomatologie pourrait nous révéler si la lésion première en date est la diapédèse, la prolifération de la névroglie ou la chromatolyse cellulaire. Ce qui suffirait à prouver d'ailleurs combien sont fragiles et incertaines les conclusions qu'à cet égard on peut tirer de l'observation clinique, c'est l'hésitation de MM. Mairet et Vires en face du problème qu'ils prétendent résoudre au lit du malade : à la page 198, ils proclament « que l'altération cellulaire existe dès le début de la maladie, et par conquent, est primitive au même titre que l'inflammation », et plus loin, ils affirment que « tout les invite à penser... que les vaisseaux sont le point de départ de cette inflammation et que c'est d'eux que celle-ci s'étend au tissu de soutènement. » La théorie a au moins le mérite de l'éclectisme.

MM. Mairet et Vires m'excuseront d'avoir répondu à leur réponse. Ils ont trop le souci des choses de la science pour ne pas comprendre que la sympathie pour les personnes se peut allier au respect que l'on doit à ce qu'on croit être la vérité.

M. ARNAUD. — Messieurs, permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions à propos de la très intéressante communication de M. Ballet sur la paralysie générale et de la discussion qui l'a suivie.

Sur l'anatomie pathologique, qui est la partie essentielle de la communication de M. Ballet, je me bornerai à quelques mots. M. Ballet vous a rappelé que deux théories principales ont été émises sur cette grosse question. La théorie ancienne place le point de départ des lésions dans les vaisseaux, d'où elles s'étendraient à la névroglie et, enfin, aux éléments nerveux, aux cellules ; c'est la théorie *interstitielle*. Une doctrine plus récente tend au contraire à établir que les lésions des éléments nerveux sont primitives et antérieures à celles des vaisseaux ; c'est la théorie *parenchymateuse*. M. Ballet s'est prononcé catégoriquement en faveur de la théorie vasculaire et interstitielle. Je n'ai pas la compétence nécessaire pour trancher une question aussi délicate, qui divise les histologistes les plus autorisés ; mais je pense que la clinique peut nous fournir au moins des présomptions en faveur de l'une ou l'autre de ces théories. Et puisque ni l'une ni l'autre n'est définitivement établie, puisque le doute est encore permis, M. Ballet me permettra d'être d'un avis différent du sien. Je crois, en effet, que l'étude clinique attentive des phénomènes qui marquent le début de la paralysie générale plaide plutôt en faveur d'une lésion primitive des éléments nerveux. De l'avis général, les symptômes initiaux de la maladie sont, le plus souvent, d'ordre psychique ; ils consistent en des modifications du caractère, des sentiments, de l'intelligence, précédant, parfois de longtemps, les troubles physiques. On admet, il est vrai, que la paralysie générale peut débuter brusquement par un ictus cérébral ou même que les troubles moteurs peuvent se développer lentement, sans ictus, avant les symptômes psychiques. Je suis persuadé pour ma part qu'il s'agit ordinairement, dans les cas de la dernière catégorie, d'observations incomplètes dont le début véritable a échappé au médecin. Je pourrais citer de nombreux exemples appuyant cette conviction ; mais je me bornerai à vous en rappeler un seul, parce qu'il est particulièrement démonstratif. Il s'agit précisément

d'un malade que M. Ballet a connu. C'est un officier de trente-cinq ans, qui est venu mourir l'année dernière, à Vanves, d'une paralysie générale des mieux caractérisées, terminée par un ictus apoplectiforme. Les renseignements fournis par la femme et par le beau-père du malade semblaient démontrer sans doute possible que l'affection avait débuté quinze mois auparavant par une série de légers ictus, antérieurement à toute modification psychique. A nos interrogations persistantes, la femme du malade répondait très nettement, que jamais, avant ces accidents cérébraux, son mari n'avait rien présenté d'anormal, ni dans le caractère, ni dans l'intelligence. Le beau-père, un général très distingué, avait eu le malade pour officier d'ordonnance plusieurs années avant son mariage ; il était donc dans les meilleures conditions pour le bien connaître et pour apprécier même de légères modifications mentales. Il était tout aussi affirmatif que sa fille sur l'antériorité des symptômes physiques.

Or, quelques jours après l'entrée du malade, voici ce que j'apprenais de son frère et de sa mère. Le frère avait remarqué, plusieurs mois avant les ictus, de l'irritabilité, de l'impatience, de la brusquerie, de l'impuissance au travail, toutes choses qui contrastaient vivement avec l'état habituel. Il n'y attachait d'ailleurs pas une importance excessive, se contentant d'observer que son frère devenait décidément un peu trop « culotte de peau ».

La mère était éloignée de son fils au moment où apparurent les accidents cérébraux. Elle les connut par une lettre, à laquelle elle répondit immédiatement : « que cela ne l'étonnait pas, car depuis longtemps, elle était cruellement préoccupée par les pénibles changements qu'elle observait dans les sentiments et dans le caractère de son fils. » Il est bien certain qu'une mère n'aurait jamais écrit semblable chose sans raison absolument péremptoire.

Si l'on pouvait, dans tous les cas où la paralysie générale paraît débuter brusquement, faire une enquête approfondie, je crois que l'on arriverait à des résultats semblables.

Du reste, dans les maladies où le début par lésions

vasculaires est incontesté, dans l'athérome cérébral, dans les cas d'hémorragie cérébrale préparée par la formation d'anévrismes miliaires, les symptômes et l'évolution ne sont pas ceux de la paralysie générale. Il est inutile d'insister davantage sur ce point.

En ce qui concerne les rapports de la syphilis et de la paralysie générale, je me contenterai d'apporter les faits suivants, observés à Vanves.

Chez les hommes atteints de paralysie générale qui entrent à la maison de santé, nous relevons si souvent la syphilis dans les antécédents des malades que c'est pour nous une véritable surprise, et presque une anomalie, d'ailleurs très exceptionnelle, que de ne pas l'y trouver.

Chez les femmes, M. Falret n'a vu, depuis 1853, à Vanves, la paralysie générale que trois fois, et ces trois femmes étaient des irrégulières. On ne pensait pas alors à la syphilis, et, dans ces trois cas, on ne l'a pas recherchée. Depuis neuf ans que je suis à Vanves, je n'ai pas vu une seule femme paralytique géuérale. Dans un cas seulement, où la mort est survenue rapidement, par ictus cérébral, la paralysie générale a pu être soupçonnée. Or, cette femme était encore une irrégulière, et il y avait chez elle des raisons cliniques de soupçonner aussi la syphilis.

Je sais bien que ces arguments, ainsi que tous ceux jusqu'ici fournis en faveur de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale, ne sont pas rigoureusement probants, qu'il reste un petit nombre, si petit soit-il, de paralytiques généraux chez lesquels on n'arrive pas à déconvrir la syphilis. Je sais bien aussi que, trouvât-on la syphilis dans les antécédents de tous les paralytiques, on pourrait encore soutenir, comme M. Christian l'a dit de la rougeole, qu'il n'y a là qu'une coïncidence et non point un rapport de cause à effet. Je sais enfin que la théorie de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale n'est, de l'aveu de ses plus déterminés partisans, qu'une étape provisoire qui doit logiquement nous conduire à une théorie plus large, celle de l'étiologie toxi-infectieuse de la paralysie générale (quel que soit l'agent infectieux ou toxique de la maladie). Et je conçois parfaitement que l'on conserve des doutes sur cette relation

causale, que l'on exige de nouvelles preuves et plus démonstratives encore. Ce doute, ce scepticisme provisoire n'aurait rien que de scientifique.

Je comprends déjà moins, quand on affirme que ces arguments, appuyés de statistiques irrécusables, sont absolument sans autorité et sans valeur. Mais je ne comprends plus du tout quand les mêmes auteurs qui se montrent si exigeants, si dédaigneux envers la syphilis, invoquent intrépidement pour la paralysie générale des causes autrement sujettes à caution, autrement hypothétiques. De quel faisceau de preuves, par exemple, notre cher collègue, M. Charpentier, appuie-t-il sa conception de la paralysie générale due au *tabagisme*, à la *suralimentation*, au *surmenage intellectuel*, etc. ? En vertu de quels arguments triomphants, à défaut d'observations précises, MM. Mairet et Vires admettent-ils des paralysies générales *séniles*, *arthritiques*, *alcooliques* ?

J'arrive maintenant au côté clinique de la question. C'est le plus important puisque c'est sur les documents fournis par la clinique que s'édifient l'anatomie pathologique et l'étiologie, lesquelles ne pourront aboutir que si elles mettent en œuvre des éléments de même nature et vraiment comparables entre eux. Or, malheureusement, tel n'est pas toujours le cas en matière de paralysie générale.

Ce terme, d'ailleurs très défectueux, a reçu une extension abusive.

On l'applique trop souvent à des faits qui ne légitiment pas le diagnostic. On sait bien, et je n'ai pas la prétention de faire ici une remarque nouvelle, que les symptômes de la paralysie générale, ceux de l'ordre physique comme ceux de l'ordre mental, présentent des caractères particuliers. Mais, dans la pratique, on semble souvent l'oublier, et l'on porte trop facilement le diagnostic de paralysie générale dès que l'on se trouve en présence d'une association de troubles psychiques et de symptômes physiques plus ou moins généralisés. On peut cependant et on doit distinguer ces différents symptômes propres à la paralysie générale de ceux qui sont liés à une foule d'autres affections des centres nerveux.

J'ai insisté sur ce point dans mon rapport au Congrès

de Toulouse, et des publications récentes ont démontré qu'il n'était pas inutile d'y revenir. M. Ballet vous a parlé d'observations qui figurent, sous le titre de paralysie générale, dans un livre de MM. Mairet et Vires et qui, d'après lui, ne méritent pas cette qualification ; je suis complètement de son avis. Un grand nombre des observations rapportées dans l'ouvrage en question, celles notamment que les auteurs, adoptant les idées de M. Auguste Voisin (1), donnent comme des faits de paralysie générale sénile, ne relèvent évidemment pas de la paralysie générale.

Les confusions que je signale sont malheureusement fort anciennes, et les auteurs les plus autorisés n'y ont pas toujours échappé. Il importe de donner des exemples précis de ces confusions. Baillarger, qui, cependant, a si complètement et si bien étudié la paralysie générale, s'est laissé entraîner, dans sa légitime réaction contre l'exclusivisme de Bayle, à des erreurs manifestes. S'il a mis justement en lumière les faits dans lesquels les symptômes physiques priment ceux de l'ordre mental ; s'il a eu le grand mérite de montrer la non-spécificité de la manie ambitieuse, et par là, de faire entrer dans le cadre de la paralysie générale les formes démentielle et dépressive, il est allé jusqu'à écrire que « la paralysie générale peut exister sans délire et sans aliénation » (2), qu'elle « est identique, dans ses symptômes et dans ses altérations anatomiques, à la paralysie des vieillards, à l'hydrocéphalie chronique des adultes et à l'hydrocéphalie consécutive à des altérations locales du cerveau » (3), et que, enfin, « dans un assez grand nombre de cas, la couche corticale du cerveau a été trouvée parfaitement saine » (4).

Dans le même ordre d'idées, Lunier (5) rapporte une série de six observations « dans lesquelles la paralysie

(1) A. Voisin. *Traité de la paralysie générale*, 1879.
(2) *Ann. méd. psych.*, 1846, t. VIII, p. 134.
(3) Nouvelles considérations sur la paralysie générale incomplète, *Gaz des hôpit.*, juillet 1846, et *Ann. méd. psych.*, 1846, t. VIII, p. 424.
(4) *Id.*
(5) Recherches sur la paralysie générale progressive, *Ann. méd. psych.*, 1849.

générale n'a été ni précédée d'aliénation mentale ni accompagnée de démence ». Il suffit de lire ces observations pour se convaincre qu'elles sont étrangères à la paralysie générale. Pour Lunier également, l'épilepsie, l'éclampsie des enfants et surtout celle des femmes en couches, tous les produits accidentels développés dans l'encéphale : tubercules, hydatides, calculs, tumeurs de la face interne du crâne, etc., toutes ces affections peuvent produire et produisent souvent la paralysie générale progressive. Ce sont ces observations erronées qui ont donné naissance à la paralysie générale *sans aliénation* et à la paralysie générale *secondaire*.

Requin (1) avait déjà proposé l'expression de *paralysie générale progressive*, au lieu de paralysie générale des aliénés, parce que, « quelquefois, on la voit faire invasion chez des personnes jusque-là saines d'esprit ». Mais il ne justifie sa manière de voir que par une seule observation résumée en quatre lignes et nullement démonstrative. Il admet aussi une forme rapide de la paralysie générale progressive, d'après une observation suivie d'autopsie, qui est sans doute possible, par ses symptômes comme par ses lésions anatomiques, un cas de méningite commune.

Cette forme rapide sera décrite plus tard, d'après des faits non moins contestables, sous les noms de paralysie générale *aiguë* par Baur et de paralysie générale *galopante* par Trélat.

Sandras (2) donne également comme exemple de paralysie générale progressive des observations n'ayant avec cette maladie que de fort lointaines apparences (polynévrites, poliomyélites, ramollissements, etc.).

Plus près de nous, l'idée de la paralysie générale secondaire a été reprise par Léon Collin, du Val-de-Grâce. Il a publié en 1870 une note sur « la paralysie générale des aliénés, consécutive à des lésions locales du cerveau, spécialement à l'hémorragie cérébrale (3). » Il dit en avoir observé trois cas en deux mois. Mais il ne donne quelques détails, d'ailleurs tout à fait insuffi-

(1) *Éléments de pathologie médicale*, 1846, t. II.
(2) *Traité des maladies nerveuses*, 1851.
(3) *Gazette hebd.*, 19 août 1870.

sants pour le diagnostic, que sur un seul de ces cas. Or, ce malade entre un peu plus tard à Charenton, dans le service de Foville qui admet aussi la paralysie générale. Mais, à l'autopsie, ce malade ne présenta ni hémorragie cérébrale, ni paralysie générale; on trouva, par contre, quelques gommes disséminées (1).

Je rappellerai les faits produits par M. Auguste Voisin et par MM. Mairet et Vires sous les noms de paralysie générale *athéromateuse*, ou *sénile*, ou *arthritique*, et qui doivent être distraits du cadre de la paralysie générale.

L'année dernière, M. Régis a présenté au Congrès de Toulouse des observations analogues à celles de Lunier; non seulement le délire y fait complètement défaut, mais encore la démence y est à peine apparente. Aucun de ces cas n'offrait le contrôle de l'autopsie. M. Régis n'hésite pas cependant à les considérer comme des cas de paralysie générale authentique.

Enfin, il me suffira de rappeler la doctrine des *pseudo-paralysies générales*, qui a entraîné tant de confusions et d'erreurs.

J'ai voulu montrer par cette revue rapide que les faits connus sous les noms de paralysie générale *sans aliénation*, *sans démence*, de paralysie générale *secondaire*, de paralysie générale *athéromateuse*, de paralysie générale sans lésions anatomiques, ou manquent du contrôle de l'autopsie, ou sont démentis par elle. Et ce sont précisément les faits de cette nature qui ont introduit la confusion dont nous nous plaignons dans l'histoire de la paralysie générale; ce sont ces faits qui permettent de dire que la paralysie générale n'est pas un type morbide, mais qu'elle répond à un groupe de maladies, qu'il y a *des* paralysies générales et non *une* paralysie générale. Je crois que cette opinion est inexacte.

Je suis profondément convaincu de la réelle existence d'un type morbide auquel correspondent les notions principales groupées sous le terme de paralysie générale. Mais, je le répète, ce terme ne doit pas être étendu abusivement. Jusqu'au jour où l'anatomie patho-

(1) A. Foville, Contribution à l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. *Ann. méd.-psych.*, 1879.

logique de l'affection sera définitivement établie, le terme de paralysie générale doit être réservé aux cas dans lesquels la maladie est primitive, chronique, progressive, et où les troubles physiques sont accompagnés de symptômes psychiques incontestables. Et c'est ici qu'il est urgent de se souvenir que ces divers symptômes ne sont pas *quelconques*, qu'ils sont *cliniquement spécialisés*, soit par leur physionomie même, soit par leur groupement, soit par leur évolution.

Je n'ai pas à vous refaire la description des signes classiques de la paralysie générale. Mais vous me pardonnerez d'insister un peu sur ce que je considère comme vraiment caractérisque, sur l'état mental sous-jacent aux manifestations délirantes pourtant si fréquentes, sur la démence, en un mot, car je pense que c'est sur la détermination rigoureuse de cet état mental que résident, dans les cas difficiles, les éléments les plus sûrs du diagnostic différentiel. La démence du paralytique, par l'ensemble de ses caractères, est vraiment pathognomonique ; elle constitue un véritable *stigmate paralytique*. Dès le début, l'affaiblissement des facultés est généralisé, il est global. Il atteint toutes les manifestations de la vie mentale et il les atteint dans leur fond, de telle sorte qu'une complète niaiserie marque les conceptions et les actes du paralytique général. Il ne s'agit plus seulement ici de lacunes plus ou moins étendues de la mémoire, de faiblesse de l'attention et de l'association des idées ; il y a de plus une discordance intime dans les opérations psychiques. Les notions de rapport, de convenance, de logique sont supprimées. L'association entre les diverses catégories d'idées ne se fait plus. Le malade admet parallèlement les idées les plus opposées, sans paraître se douter de leur flagrante contradiction. Sa personnalité semble dissociée, fractionnée, et chaque fraction fonctionne comme si elle était isolée. On pourrait dire que le cerveau du paralytique général est divisé en un certain nombre de compartiments entre lesquels toute communication est interrompue. C'est en cela, plus encore que dans l'absurdité des conceptions, que réside le caractère essentiel de la démence paralytique.

Les idées absurdes se retrouvent, en effet, dans toutes

les formes de la folie, en dehors même de la démence ; mais, d'une manière générale, l'absurde n'est que relatif ; il existe surtout par rapport à l'observateur et aux circonstances. Dans la démence paralytique, l'absurde est absolu ; il existe par rapport au malade lui-même, par rapport à l'exercice de l'esprit humain tel que nous le connaissons, tel que nous pouvons le concevoir. Il consiste, avant tout, dans le désaccord des idées entre elles et avec les sentiments et les actes, désaccord dont le malade ne s'aperçoit pas et qui entraîne des conséquences pratiques, des actes aussi profondément absurdes que les idées et vraiment propres aux paralytiques. Aucune autre forme de démence ne présente au même degré ce désaccord fondamental, cette absurdité intérieure, cette incohérence et cette niaiserie radicales.

Mais si le paralytique général se caractérise et se distingue par ce qu'il dit et par ce qu'il fait, il s'accuse aussi par ce qu'il ne dit pas et ne fait pas. C'est ici qu'intervient ce que Falret père appelait « les caractères négatifs », c'est-à-dire l'absence, dans une circonstance donnée, des manifestations logiques d'une personnalité qui subsisterait au moins en partie. Or, chacun sait combien il est aisé de faire accepter au paralytique les faits les plus imprévus, les plus contradictoires ; avec quelle facilité, même au début de la maladie, il subit les situations les plus opposées à ses désirs et à ses intérêts. Esquirol avait déjà fait cette remarque à propos de leur internement. De tous nos malades, sans en excepter les déments organiques ou vésaniques, les paralytiques généraux sont, au sens profond du mot, les plus *aliénés*, les plus étrangers à la réalité qui les entoure.

Tous ces caractères sont évidemment plus accusés à la période d'état de la maladie ; mais on en peut toujours saisir l'ébauche dès le début, et, tant qu'on ne les a pas constatés, on peut bien soupçonner la paralysie générale d'après ses autres symptômes, je ne crois pas qu'on soit autorisé à l'affirmer.

De ce qui précède, je conclus qu'il faut restreindre le cadre de la paralysie générale si l'on veut enfin mettre un terme aux interminables discussions et aux malentendus qui ont fini par compromettre son existence même,

en tant que maladie distincte. M. Falret vous disait, il y a vingt ans, que « l'histoire de la paralysie générale est à refaire ». La condition nécessaire de cette revision est de ne décrire sous le nom de paralysie générale que des cas semblables, en rapport avec des altérations anatomiques déterminées, et de réserver tous les cas douteux jusqu'à ce que la vérification anatomique nous ait indiqué la place qu'ils doivent légitimement occuper. C'est en procédant ainsi qu'on a pu extraire du chaos de la myélite chronique les maladies de la moelle individualisées que nous connaissons aujourd'hui. C'est en se conformant aux préceptes rigoureux de la méthode anatomo-clinique que l'on dissipera les obscurités qui encombrent encore l'histoire de la paralysie générale.

M. Toulouse. — Je crois que les cas de paralysie générale sans délire sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'admet généralement.

M. Charpentier. — Il y a un signe que je n'ai pas encore vu décrit. C'est comme symptômes uniques, l'embarras de la parole et l'inégalité papillaire, le malade n'en ayant pas conscience.

M. Christian. — J'ai déjà eu l'occasion plus d'une fois de dire combien je suis étonné d'entendre parler, comme d'une chose habituelle, de paralysie générale sans délire. Pour moi, je ne crois pas avoir jamais rencontré de paralytique général qui n'ait présenté ce symptôme. Non seulement le délire existe, mais il me paraît absolument caractéristique, et tel qu'on ne le trouve dans aucune autre maladie mentale. Et entre autres preuves que ce délire a quelque chose de spécial, n'y a-t-il pas ce fait, qu'il est identiquement le même chez tous les paralytiques généraux, quelle qu'ait été leur condition sociale antérieure ou leur degré de culture intellectuelle? Je ne veux pas dire assurément que tous les cas sont bien tranchés, et qu'une erreur de diagnostic n'est pas possible, je ne prétends pas ne m'être jamais trompé. Tout récemment, j'ai perdu, après un séjour de quinze mois, un malade que j'avais pris pour un paralytique général au moment de son entrée. Plus tard j'avais dû changer d'avis, et l'autopsie me démontra mon erreur, car le malade ayant succombé

à un cancer en nappe de l'estomac, je ne trouvai aucune lésion dans les méninges.

M. VALLON. — Je suis étonné d'entendre affirmer que le délire est habituel et constant dans la paralysie générale. A Villejuif, le tiers de mes paralytiques généraux présentent la forme démente, sans délire.

M. ARNAUD. — J'ai observé, comme M. Charpentier, que certains malades n'ont pas conscience de l'inégalité pupillaire et de l'embarras de la parole ; mais cette inconscience même dénote un affaissement intellectuel prononcé.

Quant à affirmer l'existence d'une paralysie générale sans délire, je n'oserai pas aller aussi loin.

M. BRIAND. — Je crois que les cas de paralysie générale sans délire sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense ; mais ils se rencontrent moins fréquemment dans les établissements privés que dans les asiles publics.

M. VALLON. — Beaucoup de malades atteints de paralysie générale sans délire ne sont jamais internés.

M. TOULOUSE. — La démence est un caractère important de la paralysie générale ; mais l'embarras de la parole, l'inégalité pupillaire et la disparition des réflexes sont caractéristiques, lorsqu'on rencontre ces symptômes réunis chez le même malade. J'ai pourtant noté leur absence chez des paralytiques généraux avérés.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 27 JUIN 1898

Présidence de M. MEURIOT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

A propos du procès-verbal.

M. JOFFROY fait observer que la paralysie générale sans délire est assez commune. Pour les uns elle se rencontrerait surtout dans les cas nettement syphilitiques

D'autres ont cherché à établir une relation entre le degré de dégénérescence et le délire. Mais l'absence de délire se remarque surtout dans la paralysie générale.

Mort de M. Aug. Voisin.

M. LE PRÉSIDENT. — Vous connaissez tous la perte cruelle que la Société médico-psychologique vient de faire dans la personne de M. le Dr Ang. Voisin. Notre honorable collègue était un des membres les plus anciens de la Société, car sa nomination remonte au 31 mars 1862. Pendant trente-six ans, Aug. Voisin a été un des membres les plus actifs et les plus assidus à nos séances, il n'y a pas eu ici de discussion importante sans qu'il y ait pris part ; c'est sur ce bureau qu'il a apporté ses travaux les plus intéressants, et dans cette enceinte qu'il a fait connaître les résultats de ses recherches en psychiatrie et de sa grande expérience des maladies mentales ; Aug. Voisin a été pendant de longues années notre trésorier-archiviste et il n'a quitté ces fonctions que pour monter au fauteuil de la Présidence où nos suffrages l'ont appelé dans l'année 1894. La Société médico-psychologique a rendu, le jour de ses obsèques, un solennel hommage à notre regretté collègue par un dernier adieu dit par notre secrétaire général, le Dr Ritti. Je donne la parole à M. Ritti pour la lecture de son discours, et après cette lecture, je vous proposerai de lever la séance en signe de deuil.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de son discours (V. plus loin aux *Variétés*, p. 337) ; puis, suivant l'usage, la séance est suspendue en signe de deuil.

Rapports de candidature.

M. P. SÉRIEUX. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. G. Ballet, Christian et P. Sérieux, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr Pilcz, qui sollicite le titre de membre associé étranger. La tâche de votre Commission a été aisée. M. le Dr Pilcz, médecin-adjoint à l'asile de Vienne, est en effet l'auteur d'un certain nombre de travaux de

pathologie mentale qui méritent d'arrêter notre attention.

En 1891, M. Pilcz a publié dans la *Wiener Medizinische Wochenschrift* (1891, 43-45) une étude sur les *manifestations psychiques du sommeil.* L'auteur, constatant l'insuffisance des hypothèses sur la psychologie du sommeil, s'est inspiré des idées émises par Meynert, au Congrès de Berlin, sur la *Collaboration des diverses parties du cerveau.* Il considère le sommeil comme un « trouble fonctionnel », et se refuse à admettre, ainsi qu'on le fait généralement, que toute communication soit interrompue pendant le sommeil entre la périphérie et le siège de la conscience. Pour Meynert, le fonctionnement de la cellule nerveuse est lié à une activité moléculaire se traduisant par une attraction nutritive des éléments du plasma... « Les cellules, à l'état de veille, se fournissent à elles-mêmes leur liquide nourricier en exerçant, par endosmose, une action d'aspiration du plasma à travers les parois des capillaires... les artères de la base et de l'écorce sont des vaisseaux collatéraux, et une même masse de sang étant contenue dans les artères principales, l'écorce est d'autant moins irriguée que les ganglions de la base le sont davantage. » Comment et pourquoi dormons-nous? Pendant la période de travail intellectuel, l'écorce est hyperémiée aux dépens des ganglions de la base, « les cellules, comme d'énergiques pompes aspirantes, absorbent le plasma pendant que les ganglions s'anémient » (Meynert). Lorsque vient la fatigue, nous nous plaçons dans des conditions telles, que la plupart des causes d'excitation soient supprimées. Les cellules corticales épuisées peuvent donc se reposer ; par suite, leur force d'attraction nutritive diminue. Ne fonctionnant plus, les éléments nerveux n'ont plus la force d'absorber leur liquide nourricier. Le sang se porte en conséquence dans les vaisseaux de la base et dans les artères les plus importantes de la surface du cerveau au détriment des capillaires de l'écorce. Donc, anémie du cortex, hyperémie de la base et sommeil par suite d'un trouble fonctionnel. La théorie toxique du sommeil est insuffisante pour expliquer certains faits, par exemple la possibilité de veiller au delà de l'heure habituelle du som-

meil. La chose se comprend en admettant que plus l'écorce travaille, plus les cellules nerveuses absorbent de plasma, plus l'écorce s'hyperémie, et plus l'activité des éléments nerveux s'accroît. Si le sommeil vient aisément après le travail physique, c'est que ce dernier — en grande partie automatique — n'entraîne pas une activité aussi considérable de l'écorce que le travail mental. L'interruption des communications entre l'homme endormi et le monde extérieur est une opinion qui a été défendue par certains auteurs. M. Pilcz la combat. Les excitations centripètes peuvent, en effet, être divisées en trois groupes : 1° les excitations faibles, qui ne sont pas perçues, non point par suite d'une rupture des communications, mais par suite de l'engourdissement des centres de perception (anémie et diminution de l'excitabilité de l'écorce) ; 2° les excitations fortes, qui déterminent le réveil en stimulant la force d'attraction nutritive des cellules ; 3° les excitations d'intensité moyenne qui provoquent un réveil partiel de certains territoires (rêves). Les rêves, d'après la théorie de l'auteur, sont des processus corticaux provoqués par la transmission des excitations émanées des ganglions de la base hyperémiés et des nerfs périphériques. Par suite de l'anémie de l'écorce, ces processus sont localisés à telle ou telle partie, sans que tous les centres interviennent comme à l'état de veille. Enfin l'existence d'impulsions motrices centrifuges montre, comme celle des impressions centripètes, que toute communication n'est pas interrompue entre la périphérie et l'écorce.

L'auteur termine son intéressant mémoire en cherchant à interpréter le ptosis et le myosis qui accompagnent le sommeil. Il refuse de voir, dans ces phénomènes, la conséquence d'une paralysie de la III^e^ paire, et les attribue à la parésie du muscle cilio-spinal.

M. Pilcz a donné dans le *Recueil des travaux du laboratoire* d'Obersteiner (1895, fasc. III) une contribution intéressante à l'*étude du développement du pigment dans la cellule nerveuse*. Il est possible de distinguer deux sortes de pigment dans les éléments nerveux : le pigment jaune clair des cellules de l'écorce, des ganglions spinaux et sympathiques, de la moelle ;

— le pigment brun noir de la substance noire de Sömmering, du locus cœruleus, du noyau du pneumogastrique. Au point de vue de sa constitution chimique, le premier pigment paraît se rapprocher de la graisse. L'auteur n'a pas constaté la réaction du fer attribuée par Schmidt au pigment des éléments nerveux. Chacun des deux pigments a un mode de développement indépendant : le pigment clair ne se transforme jamais en pigment sombre. On peut observer chez les animaux un développement de substance pigmentaire dans certaines parties du centre nerveux ; mais c'est seulement chez l'homme qu'on constate une localisation précise du pigment. Les cellules nerveuses du locus cœruleus commencent à se pigmenter les premières, à partir du onzième mois ; à l'âge de cinq ans, la production de pigment cesse. Il n'y a pas de locus cœruleus chez les animaux (cersopithèque, chien, cheval, etc.). La substance noire de Sömmering, les noyaux du pneumogastrique se pigmentent à trois ans ; il n'y a pas de différence au point de vue de l'intensité de la pigmentation entre les sujets de dix ans et ceux de quarante ans. Les animaux ne possèdent ni substance noire de Sömmering, ni pigment dans les noyaux du pneumogastrique. Dans le développement de l'individu, le pigment sombre, spécial à l'homme, cesse pendant un temps de se produire. Une autre pigmentation se manifeste : ce pigment clair se rencontre aussi chez les animaux et augmente sans cesse avec l'âge au lieu d'atteindre rapidement son maximum de développement. Il apparaît dans les ganglions spinaux à l'âge de six ans et augmente sans discontinuer ; — dans les cornes antérieures de la moelle, à huit ans. Les grandes cellules pyramidales de l'écorce ne produisent du pigment que très tard (vingt et un ans) ; dans les ganglions spinaux, le pigment apparaît à six ans ; et à deux ans dans les ganglions du sympathique.

Dans un article de la *Wiener klinische Wochenschrift* (1896, n° 48), M. Pilcz a fait connaître le résultat de ses recherches sur un nouvel hypnotique, le chlorhydrate de pellotine, jusqu'ici expérimenté seulement par le professeur Jolly. Cet alcaloïde, extrait d'un cactus du Mexique, présente l'avantage de pouvoir être

employé en injections sous-cutanées : les doses varient de 0.02 à 0.06 centigrammes. Expérimenté sur 58 aliénés atteints d'insomnie, ce médicament a donné un résultat satisfaisant dans 50 p. 100 des cas ; passable seulement dans 29.3 p. 100 ; dans un cinquième des cas, la pellotine n'a pas agi. La plupart des malades qui ont bénéficié de l'emploi de cet hypnotique étaient des paralytiques. Certains ont pu dormir chez lesquels la paraldéhyde (5 grammes) et le chloral (2 grammes) n'agissaient pas. La pellotine n'a aucune action sur la sphère végétative : le ralentissement du pouls, signalé par M. Jolly, n'a pas été observé par l'auteur, qui n'a constaté aucun accident ou inconvénient dû à l'emploi de cet alcaloïde.

Dans une étude sur les médicaments hypnotiques les plus usuels (*Wiener klinische Wochenschrift*, 1897, n° 5), M. Pilcz étudie l'hydrate de chloral, l'hydrate d'amylène, la paraldéhyde, le sulfonal, le trional, insiste sur leurs avantages respectifs, examine ensuite une série de nouveaux hypnotiques moins employés, tels que l'acétal, l'acétophénone (hypnone), le benzacétal, la boldine, la cannabine, le chloralamide, le chloralformamide, le chloralose, le chloraluréthane, l'hypnal, le méthylal, le chlorhydrate de pellotine, le piscidia erythrina, le somnal, l'uréthane. L'auteur résume ainsi les indications et contre-indications des différentes hypnotiques : le chloral doit être employé en première ligne (sauf chez les sujets porteurs de lésions de l'appareil circulatoire). Après un usage prolongé du chloral, on aura recours à l'hydrate d'amylène, à la paraldéhyde, au sulfonal, au trional. Pour ces deux derniers médicaments, il faut surveiller les fonctions de l'appareil digestif (constipation), examiner les urines (hématoporphyrine), cesser de les administrer après deux ou trois semaines. L'hydrate d'amylène, la paraldéhyde sont d'excellents hypnotiques ; leur action est sûre, ils peuvent être donnés longtemps sans inconvénient, et leur dose peut être doublée après l'accoutumance, sans aucun danger. Tous ces hypnotiques agissent assez rapidement ; ils doivent être absorbés par le malade dans son lit. Seul le sulfonal ne fait sentir son action qu'après deux ou quatre heures. Ce dernier médicament et le

trional, difficilement solubles, doivent être finement pulvérisés ; sous cette forme, le sulfonal peut être mélangé aux aliments sans que le malade s'en aperçoive. L'hyoscine et la pellotine ont cet avantage de pouvoir être administrées en injections sous-cutanées.

On doit encore à M. le Dr Pilcz un très important mémoire sur la microcéphalie (en collaboration avec M. Pfleger), paru dans le *Recueil des travaux d'anatomie et de physiologie du système nerveux* d'Obersteiner (1897). Les auteurs considèrent, avec la plupart de leurs prédécesseurs, la microcéphalie comme un arrêt du développement du cerveau, survenant à des époques variables de la vie intra-utérine, mais avouent leur ignorance au point de vue de la pathogénie de cette malformation. Ils font remarquer que la microcéphalie est rarement associée à d'autres malformations, et que, pour ce qui est du système nerveux central, c'est le cerveau seul qui est intéressé. Giacomini et Cunningham ont constaté dans les cas de microcéphalie les plus accentués des ressemblances, au point de vue morphologique, avec les espèces animales, des manifestations ataviques, mais ces constatations ne nous éclairent point sur la nature de la microcéphalie. Au point de vue histologique, on a trouvé tantôt une encéphalite fœtale, tantôt un cerveau sain. L'hypothèse émise par Schœffer à propos de la genèse de la porencéphalie (troubles du développement du crâne), ne peut expliquer la microcéphalie. Giacomini a eu le mérite de distinguer la microcéphalie essentielle et la pseudomicrocéphalie dans laquelle la diminution du poids du cerveau est due à des processus pathologiques (porencéphalie, atrophie, hydrocéphalie, etc.). Les causes de la microcéphalie doivent être cherchées dans l'hérédité pathologique, dans certaines circonstances spéciales de la grossesse, de la conception, plus encore que dans le sujet lui-même. Les auteurs insistent sur l'antériorité de l'arrêt de développement du cerveau par rapport à celui du crâne. La *micrencéphalie* est d'ailleurs ordinairement plus intense que la microcéphalie. Il pourrait se faire que cet arrêt de développement du cerveau fût dû à une périencéphalite fœtale suivie d'hydrocéphalie externe. On ne constate pas habituellement de synos-

tose des sutures du crâne. La craniectomie est contre-indiquée.

L'exposé sommaire qui vient d'être fait devant vous des différentes publications de M. le Dr Pilcz suffit pour vous montrer l'intérêt que porte notre confrère aux études de pathologie du système nerveux. Vous penserez sans doute, avec votre Commission, qu'il y a lieu d'accorder à l'auteur des travaux très consciencieux et très estimables que nous venons d'analyser le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Pilcz est élu membre associé étranger à l'unanimité des suffrages.

M. P. Sérieux. — Messieurs, vous avez nommé une Commission composée de MM. Ritti, Taguet et P. Sérieux, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. le Dr René Charon, médecin de l'asile de Bailleul, qui sollicite sa nomination de membre correspondant.

Ancien élève du Service de santé de la marine, M. Charon a été de bonne heure attiré par la médecine mentale, et c'est comme interne à l'asile de Quimper, il y a plus de dix ans, qu'il a commencé à se familiariser avec tout ce qui se rapporte à l'assistance et au traitement des aliénés. Après avoir suivi l'enseignement des cliniques de Bordeaux et de Paris, il a complété ses connaissances pratiques auprès d'un collègue que nous regrettons tous, le Dr Camuset. C'est dans le service de ce dernier, à l'asile de Bonneval, qu'il rassembla les observations de sa thèse inaugurale sur les *anomalies de la voûte palatine dans leurs rapports avec la dégénérescence*. Ce travail, inspiré de celui de Frigerio sur les anomalies de l'oreille, représente, sous une allure modeste, une somme considérable de patientes recherches. A l'époque où il a paru, le vent soufflait du côté de l'étude des stigmates physiques de la dégénérescence ; on les décrivait, on les mensurait, on les classait avec ardeur ; l'un d'eux cependant, bien que signalé comme des plus importants, échappait à la description et au classement : c'était celui qui comprend l'ensemble des malformations du palais ; on se contentait de qualificatifs vagues (palais ogival, profond) qui ne présentaient qu'une valeur relative et incertaine. A l'aide d'un instrument très simple, de son invention, permettant en une seule opé-

ration de noter exactement tous les diamètres de la cavité palatine, M. Charon entreprit la mensuration de plusieurs centaines d'individus aliénés et normaux, d'âge et de sexe différents, et, pour objectiver le résultat de ses recherches, il fit un grand nombre de moulages en plâtre dont les plus typiques sont dessinés dans sa thèse. Armé de ces matériaux, il établit des séries de mensurations qui lui permirent de définir le type normal et de classer les formes anormales. Ce travail, objet d'une note élogieuse du jury de la Faculté de Paris, conduisait l'auteur à des conclusions qui — quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la valeur des malformations congénitales dans leurs rapports avec l'aliénation mentale — présentent un réel intérêt. Il montrait que, tandis que dans les milieux ordinaires et moyens, les anomalies de la voûte palatine n'atteignent que 10 p. 100 des individus, elles se rencontrent chez les aliénés dans 80 p. 100 des cas. Elles sont, dans certains cas, le seul signe de dégénérescence physique appréciable, et elles ne manquent jamais dans le cortège des malformations qui atteignent le même individu. Ces anomalies peuvent d'ailleurs se ramener à un petit nombre de types, plus ou moins accentués ou combinés, qui sont les types plat, ogival, en dôme, angulaire.

M. Charon concourut, en 1891, pour l'adjuvat des asiles. Reçu premier dans la région du Nord, médecin depuis sept ans de l'asile des aliénés de Bailleul, il a recueilli nombre d'observations, dont une partie a été publiée dans les *Annales médico-psychologiques*, les *Archives de Neurologie*, les *Comptes rendus du congrès des aliénistes de Bordeaux*, l'*Écho médical du Nord*. De plus, il nous donne dans les *Archives de Neurologie* l'analyse de plusieurs périodiques français et étrangers.

Sans entrer dans le détail de ces études, je rappellerai seulement des *Recherches sur le traitement de l'épilepsie par la méthode de Flechsig ;* sur l'*Alcalescence du sang et les injections alcalines chez les épileptiques*, des observations intéressantes de *Paraplégie hystérique*, de *rupture du cœur*, de *guérison des troubles psychiques au cours de maladies infectieuses*, et plusieurs articles critiques sur l'*organisation des asiles d'aliénés*. M. Charon ne s'est pas en effet contenté d'ob-

server l'aliénation mentale, mais aussi les milieux dans lesquels elle éclot, les étapes par lesquelles elle passe, et les conditions dans lesquelles on la traite. Il a vu l'encombrement des asiles de province ; il a vécu dans ces cohues de malades jetés entre les mains d'un seul médecin responsable ; il a assisté à l'absorption progressive et fatale du médecin par le Directeur ; il a souffert de l'inutilisation des médecins-adjoints, de l'impossibilité où ils se trouvent de collaborer réellement au traitement spécial qui devrait être le but de toutes nos préoccupations ; et il est venu joindre sa voix à celles qui criaient déjà le mal ; il a voulu rechercher les causes de ce mal et dire ce qui lui semblait être le remède. Les modifications qu'il a proposées et dont la plus importante est naturellement le dédoublement des grands services et la division des responsabilités médicales, n'ont d'ailleurs rien de révolutionnaire, et, si elles sont bien l'expression d'une compréhension très nette des besoins de cette heure, elles sont empreintes aussi de la préoccupation de ménager tous les droits acquis et toutes les susceptibilités, de ne rien bouleverser dans l'édifice actuel, et elles devraient être de nature à rallier les esprits les plus timides, tout en assurant les transformations les plus urgentes dans le système aujourd'hui pratiqué de l'assistance des aliénés en province.

L'énumération qui vient de vous être faite des titres et des travaux scientifiques de M. le Dr Charon, vous montre le vif intérêt que porte notre distingué confrère aux études diverses qui font l'objet des préoccupations de la Société. Aussi penserez-vous, avec votre Commission, qu'il convient d'accorder à M. Charon le titre de membre correspondant qu'il sollicite, et d'associer ainsi à nos travaux un collaborateur sur l'activité duquel nous pouvons compter.

Conformément à ces conclusions, M. Charon est nommé membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

Anatomie pathologique et étiologie de la paralysie générale (suite).

M. Daniel Brunet. — Il résulte de la discussion actuelle sur la paralysie générale que beaucoup de

points de cette maladie sont encore loin d'être complètement élucidés et qu'il est utile que chacun de nous vienne faire connaître son opinion.

Dans une note communiquée au Congrès international de médecine mentale de 1878, où je résumais mon expérience de vingt-trois années, j'ai dit que la forme ambitieuse de la paralysie générale est de beaucoup la plus fréquente ; que, dans la forme mélancolique, le délire revêt le plus souvent le caractère hypocondriaque, que ces deux formes morbides peuvent exister simultanément ou se succéder l'une à l'autre et que la forme démente simple, sans expansion ni dépression, sans euphorie ni mélancolie, persistant pendant toute la durée de la maladie, est très rare, est exceptionnelle.

Les faits que j'ai observés depuis cette époque n'ont fait que me confirmer dans cette opinion.

Je crois que l'affaiblissement intellectuel n'existe pas toujours dès le début de la paralysie générale et que le délire ambitieux, si bien décrit par Jules Falret dans sa thèse inaugurale, joint à un léger embarras de la parole, à des mouvements convulsifs des muscles des lèvres et de la face, est suffisant pour établir un diagnostic certain. Si la démence ne manquait jamais, on ne pourrait expliquer les guérisons et les rémissions complètes qu'on observe quelquefois au commencement de la maladie. Ces cas sont rares, mais j'en ai publié d'incontestables.

Quelques auteurs soutiennent qu'on a beaucoup exagéré la fréqnence et l'importance du délire ambitieux. Camuset prétend, dans une note publiée en 1883 dans les *Annales médico-psychologiques*, avoir trouvé à l'asile de Vaucluse, du 1er janvier 1882 au commencement de janvier 1883, sur 164 hommes atteints de paralysie générale, 81 formes dépressives, 44 formes démentes et seulement 39 formes expansives. Je ne puis admettre l'exactitude de cette statistique qui est absolument contraire à tous les faits qne j'ai vus dans ma longue carrière et qui n'est d'ailleurs appuyée sur aucune observation.

M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, nous a dit l'année dernière au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Toulouse, que les médecins des hôpitaux ordinaires ont dans leurs services

beaucoup plus de paralytiques généraux sans délire que n'en voient les aliénistes, que ces malades ne seraient envoyés dans les asiles que si le délire les rend impossibles à garder dans les hôpitaux. Il a eu maintes fois à faire des autopsies de paralytiques non délirants, et y a constaté les lésions de la paralysie générale.

On peut répondre à M. Pitres que le délire de la paralysie générale, lorsqu'il est assez léger pour ne pas produire de l'agitation, peut très bien passer inaperçu auprès des médecins des hôpitaux, qui n'ont pas autant de loisirs que les aliénistes pour procéder à un examen long, continu et minutieux de leurs malades, que d'ailleurs ceux-ci ne sont reçus, en province, que dans les hôpitaux des très grandes villes. J'ai toujours vu refuser les paralytiques dans les hôpitaux des villes de Niort, de Dijon, de Nevers, d'Angoulême et d'Evreux, et si quelques-uns étaient reçus par suite d'une erreur de diagnostic, on s'empressait de les envoyer dans les asiles dès que cette erreur était reconnue. On peut affirmer que presque partout en province, ces malades, à moins que les familles ne consentent à les garder, sont envoyés dans nos établissements et que les médecins peuvent y observer toutes les formes qu'ils sont susceptibles de présenter.

MM. Régis et Perry sont allés plus loin que M. Pitres. Non seulement ils regardent comme très peu fréquente la forme démente, mais ils prétendent que la paralysie générale peut évoluer complètement sans présenter de troubles intellectuels, comme l'admettaient autrefois Requin, Sandras et Lunier. Les observations de ces auteurs sont incomplètes, ne sont pas accompagnées d'autopsies et, comme à MM. Briand et Arnaud, le diagnostic m'en paraît erroné. La paralysie générale sans aliénation mentale n'a jamais été prouvée, et je ne conçois même pas qu'on puisse émettre une hypothèse semblable, aujourd'hui qu'on connaît si bien la gravité et l'étendue des lésions de la couche corticale du cerveau qui produisent cette affection.

MM. Vallon, Briand et Toulouse admettent la fréquence de la forme démente de la paralysie générale, probablement parce qu'ils donnent à l'expression de forme expansive un sens moins étendu qu'on ne le fait

habituellement. Cette forme, à son moindre degré, ne consiste que dans l'inconscience de la maladie avec des idées de contentement et de satisfaction. Entre elle et le délire ambitieux le plus outré, le plus extravagant, on trouve toutes les formes en intermédiaires, et il est rare qu'il ne vienne pas s'y greffer à certains moments un délire franchement mégalomaniaque. Qu'on l'appelle comme on voudra, forme démentielle spéciale, ou forme expansive légère, toujours est-il qu'elle a la plus grande valeur au point de vue du diagnostic et qu'on ne la rencontre que dans la paralysie générale.

Pendant mon internat à Charenton, de 1857 à 1859, le délire ambitieux était, sans contredit, plus intense dans la paralysie générale que celui que j'ai observé depuis dans les asiles de province que j'ai dirigés. Cette maladie avait un caractère plus nettement inflammatoire, une marche plus rapide, des lésions plus marquées. Il semble qu'elle diminue d'intensité à mesure qu'elle augmente de fréquence.

Ayant eu l'occasion d'aller hier à l'asile de Vaucluse, j'en ai profité pour demander à M. Boudrie, médecin de la section des femmes, des renseignements sur celles qui étaient atteintes de paralysie générale et le prier de me les faire voir ; il s'est mis entièrement à ma disposition avec la plus extrême complaisance, ce dont je le remercie beaucoup.

Le nombre total de ses aliénées est de 420, sur lesquelles on compte 45 cas de paralysie générale. La forme ambitieuse est comme partout, contrairement à l'assertion de M. Camuset, de beaucoup la plus fréquente, et il n'y a que 5 femmes chez lesquelles M. Boudrie n'a pas constaté d'idées délirantes. Elles sont arrivées à la seconde période de la maladie et l'on n'a pu avoir aucun renseignement sur les symptômes qu'elles ont manifestés avant leur entrée à l'asile.

Elles présentent la forme expansive la plus légère. Quand je les interrogeais, elles me répondaient, en bégayant, d'un air niais, béat, en souriant, qu'elles parlaient bien, qu'elles n'étaient pas malades, qu'elles étaient contentes, heureuses, qu'on les soignait bien à l'asile, etc.

Les principales lésions de la paralysie générale, arrivée

à sa dernière période, sont l'atrophie du cerveau, l'injection, le ramollissement, la désagrégation de sa couche corticale, les adhérences à cette couche des membranes viscérales qui sont en même temps épaissies et opalescentes. Ces lésions peuvent envahir tout le cerveau, mais sont bornées généralement à la région frontale et à la région sphéno-fronto-pariétale. Elles n'existent pas sur le cervelet. Les adhérences de ces membranes sont d'autant plus marquées que les phénomènes phlegmasiques sont plus intenses, tandis que l'atrophie cérébrale est moins subordonnée à l'intensité de ces phénomènes qu'à la durée de la maladie. Cette atrophie est très considérable dans les paralysies générales dont la marche est très lente, tandis qu'elle est très peu prononcée lorsque cette marche est très rapide. A durée égale, l'atrophie est en rapport avec le degré de l'inflammation. Si les adhérences sont plus nombreuses sur un hémisphère cérébral que sur l'autre, cet hémisphère cérébral est en même temps le plus atrophié.

Lorsque la durée de la maladie est très longue, présente souvent des rémissions, par suite du peu d'intensité des phénomènes inflammatoires, des intermittences de ces phénomènes, les adhérences des membranes sont légères, peu étendues, très circonscrites. Je ne les ai vues manquer totalement que deux fois. Aussi ai-je été très étonné d'entendre M. Forel, le savant professeur de l'Université de Zurich, qui est en même temps directeur-médecin de l'asile d'aliénés de cette ville, me soutenir, il y a quelques années, pendant qu'il voulait bien me permettre d'assister à sa visite, que l'atrophie cérébrale est la seule lésion constante dans la paralysie générale, que les adhérences des membranes manquent dans la moitié des cas.

Ces adhérences sont moins considérables chez les individus atteints de paralysie générale qui ont commis beaucoup d'excès alcooliques.

Elle ne se forment complètement qu'à la deuxième période. Lorsque la mort a lieu à la première, soit par suite de l'intensité de l'inflammation périencéphalique, soit par suite d'une maladie accidentelle, on constate que le cerveau est turgescent, à l'étroit dans la boîte cranienne, qu'il est très hyperémié. Tout à fait au début de la ma-

ladie, les membranes se détachent facilement de la couche corticale, puis elles viennent à happer à cette substance, entraînent avec elles le long des vaisseaux de petites parcelles de substance grise, ce qui produit à la surface du cerveau un pointillé très fin, à peine perceptible.

L'examen microscopique des lésions de la paralysie générale à la première période, que j'ai pu faire plusieurs fois, ne laisse aucun doute sur sa nature interstitielle, vasculaire. Au début de cette période, on constate une distension considérable par le sang des vaisseaux des membranes viscérales et de ceux de la couche corticale. Cette distension est suivie d'une extravasation séro-sanguinolente à travers les parois de ces vaisseaux ; puis l'on voit des fibres conjonctives se former dans les membranes et la névroglie proliférer dans la substance grise de la couche corticale..

Les neurones ne paraissent pas alors présenter de notables altérations, qui ne commencent guère à se produire qu'à la seconde période pour amener une dégénérescence complète à la troisième.

Les cellules de néoformation, cellules embryonnaires, de névroglie, les leucocytes présentent une régression granulo-graisseuse et pigmentaire en même temps que dégénèrent les neurones, formant des corps granuleux répandus en grande abondance, surtout le long des vaisseaux. Ces corps granuleux n'existant jamais à la première période ne sauraient être la cause de la paralysie générale, comme l'ont soutenu quelques auteurs.

Le délire monotone commun aux aliénés chroniques des Asiles, ou délire d'emprunt.

M. Charpentier. — Sous ce titre, que je suis tout disposé à abandonner s'il se trouve un terme préférable, je ne viens pas décrire une maladie nouvelle, ni un délire nouveau.

Ma prétention se borne à tenter de mettre en relief des faits observés chaque jour par tout médecin d'asile. Ces faits, groupés sous un terme général, peuvent être utiles pour nous défendre contre les calomnies dont chacun de nous est exposé à devenir l'objet. Dans ces

conditions, les témoignages des aliénés de nos services peuvent être invoqués contre nous ; par leur nombre et leur accord presque parfait, ils peuvent faire impression sur l'esprit des personnes hostiles à nos administrations ou déjà prévenues contre nos asiles.

Si mon attention a été plus fixée sur cette forme de délire, cela tient aux conditions spéciales dans lesquelles j'ai été appelé à la constater.

Depnis le commencement de cette année, j'ai observé à la Salpêtrière toutes les malades de la section Piuel, précédemment confiée à la direction de notre savant maître, M. Falret.

Cette section est, comme vous le savez, absolument composée de malades chroniques, séjonrnant dans ce service de nombreuses années. Sur 230 malades, il n'y en a que 20 qui n'ont pas deux ans de séjour. Je les ai interrogées successivement et j'ai été frappé de la monotonie de leurs réponses. Il semblerait qu'elles s'étaient donné le mot pour me répondre de même, cela dit snrtout pour les anciennes malades entrées sous le nom de délire de persécution.

Les motifs de lenr séquestration étaient oubliés ou semblaient l'être ; leurs idées délirantes, si manifestes, soit avant lenr admission, soit les premières années de leur interuement, avaient disparu ; beaucoup ne s'en souvenaient absolument pas ; un certain nombre n'en avait que des souvenirs vagues, confus ; d'autres s'en souvenaient encore, mais, ou elles reconnaissaient qu'elles s'étaient trompées, ou bien disaient que ces idées avaient disparu, ou encore n'y attachaient plus d'importance. Toutes ces réponses pouvaient masquer la réalité et être inspirées par la dissimulation sous l'espoir d'obtenir une sortie ; cependant ce sonpçon de la dissimulation ne pouvait persister dans mon esprit, ou en tout cas, perdait de son importance devant le fait commun, général, qui suit: toutes se plaignaient d'être tourmentées, martyrisées, injuriées ; presque toutes accusaient encore des sensations douloureuses qu'on leur causait le jour, la nnit; et lorsqne nous leur demandions comment leur venaient ces douleurs, et qui les leur causait, toutes ont fini, un jour ou l'antre, les unes d'emblée, les autres avec force réticences, toutes ont fini par nous

donner la même explication dont le sens peut-être ainsi résumé d'une manière générale.

Nous sommes enfermées ici pour ne plus sortir, et par conséquent pour y mourir ; on veut nous faire mourir puisqu'on ne veut pas nous laisser sortir ; pour nous faire mourir, on emploie tous les moyens possibles ; on nous empêche de dormir la nuit; il y a dans les caves des gens occupés à faire du bruit exprès en donnant de grands coups contre le parquet ; des invisibles viennent la nuit avec des flammes et glissent sous les lits ; on nous allonge les membres; bref, toute la série des lamentations si connues des persécutées ; le matin, on nous force à nous lever de bonne heure, pour nous empêcher de dormir ; on nous frappe, on nous insulte si nous ne nous levons pas, on nous prive de nourriture, ou on nous donne une nourriture pourrie et empoisonnée ; nous entendons des voix qui nous disent : « Tu ne sortiras pas vivante d'ici, tu mourras. »

La meilleure preuve que c'est vrai, ajoute chaque malade, vous la trouverez en vous adressant aux autres dames de la maison, elles vous diront qu'on leur en fait autant ; c'est notre destinée à toutes. Les plus anciennes, celles qui ont eu le plus de santé pour résister à toutes ces attaques, le savent bien et nous le disent : cela a commencé chez elles comme cela a commencé avec nous ; elles sont parvenues, par certains moyens, à se débarrasser de certaines tortures, mais les invisibles sont toujours là, qui arriveront à ce même résultat, nous tuer ; toutes nous nous affaiblissons et nous dépérissons de jour en jour. Chacune de ces phrases, nous était depuis longtemps bien connue; mais ce qui nous frappait davantage et cela parce que nous avions affaire, dans le même espace de temps, à un très grand nombre de malades nouvelles pour nous, et vivant depuis longtemps sous le même règime, c'était la répétition des mêmes phrases, des mêmes impressions chez toutes, c'était la communauté, si je puis dire, des idées délirantes, des sensations et des interprétations.

Les délires antérieurs avaient disparu ou négligés; ou dissimulés ; des idées morbides nouvelles les avaient remplacés, résultat d'échanges de conversations mutuelles, résultat du contact mutuel, et de la soumission

au régime commun et par suite peu varié, résultat de l'affaiblissement graduel et inévitable de l'intelligence sous l'influence des mêmes conditions et surtout résultat des troubles morbides de la sensibilité qui, eux, n'avaient pas cessé sous l'influence de ce délire que je considère comme un délire commun à nos vieilles malades, issu de l'emprunt fait par chacune d'elles pour son compte à soi, aux idées délirantes des autres ; toute la discipline si nécessaire dans une agglomération quelconque au point de vue des heures du lever, des repas, du coucher, de l'habillement, etc., toute cette discipline est transformée par nos malades en un moyen intentionnel de torture ; tout le personnel, à commencer ou à finir par le médecin, selon les variétés individuelles, devient également un moyen destiné à produire le même résultat.

On conçoit que cet état mental morbide, né du fait même du long internement et de la vie uniforme, qui en est le résultat, ne soit pas fait pour imprimer à nos malades une disposition d'esprit favorable à la réputation des services d'aliénés.

C'est pour cette raison que nous avons jugé à propos de donner un nom à ce délire, qui peut très facilement tromper les esprits déjà mal disposés à l'égard des mesures d'internement des aliénés et qui peuvent trop facilement prendre leurs allégations pour des vérités, en raison précisément du caractère commun des accusations et du nombre même des malades qui les portent.

Ils ne peuvent admettre, cela se conçoit, qu'un accord aussi parfait puisse être prémédité chez un aussi grand nombre d'aliénés à la fois dans leurs accusations ; ils en concluent, par conséquent, à la possibilité de la vérité de leurs accusations.

En effet, il faudrait supposer tous nos malades plus intelligents qu'ils ne sont, pour admettre un accord prémédité, et cette supposition ne peut s'admettre, bien que l'accord existe.

Ce qu'il importe de bien reconnaître, c'est que cet accord n'est pas prémédité, il n'est qu'une résultante involontaire des dispositions mentales individuelles de chaque malade ; chacune pense, agit, opère pour son propre compte.

Je viens de dire que ce délire d'emprunt reconnaissait parmi ses conditions de causalité l'affaiblissement lent des facultés intellectuelles. Cela permet de prévoir que cette forme de délire monotone des asiles n'est pas absolument spéciale aux persécutés, elle peut se retrouver dans toutes les formes de folie chronique, pourvu que cette forme permette encore une certaine survie de la conscience et la possibilité d'échanger, ou de comprendre une conversation; aussi, autour de ces persécutés, viennent à cette occasion se grouper des imbéciles, des débiles, de simples déments, des mélancolies et des manies chroniques, ainsi que des alcooliques chroniques.

Cette forme de délire monotone ne peut donc pas suffire pour en faire une espèce de folie; elle ne peut servir qu'à indiquer que le malade est un vieil habitant d'asile d'aliénés; et même une telle indication ainsi formulée est encore trop compréhensive, car nous avons en parfois l'occasion de voir cette forme empruntée peu de jours après la séquestration. Cela se comprend d'ailleurs, si l'on songe combien sont nombreux les gens qui, bien que non enfermés et relativement intelligents, sont encore persuadés qu'on en séquestre d'autres pour les faire devenir fous.

Toutefois le fait que des aliénés, récemment enfermés, peuvent rapidement participer à ce délire monotone généralisé, offre quelque importance. Il peut servir comme argument nouveau au vœu souvent formulé par chacun de nous, que tout nouvel aliéné ne soit pas mêlé immédiatement avec les anciens aliénés du service; en d'autres termes, c'est un nouvel argument pour la nécessité d'établir des quartiers d'observation dans chaque service d'aliénés.

Nous vous demandons la permission de nous résumer dans les propositions suivantes :

Il existe dans les asiles d'aliénés chroniques une forme de délire que je propose de désigner sous le nom de délire d'emprunt, ou de délire monotone commun.

1° Ce délire consiste essentiellement dans des accusations fausses portées par les malades qui en sont atteints contre la discipline, l'organisation et le personnel de l'établissement.

2° Ce délire coexiste le plus souvent, mais non tou-

jours avec des troubles de la sensibilité générale et avec des hallucinations des organes des sens.

3° Ce délire se développe parallèlement à l'affaiblissement de l'intelligence et paraît lui être dû. Ce délire se rencontre de préférence chez les sujets qui, depuis longtemps internés, subissent les effets de la déchéance lente des facultés intellectuelles.

4° Ce délire s'observe de préférence chez les anciens persécutés chroniques dont l'imagination et la mémoire, condition de cette imagination, vont en s'affaiblissant graduellement.

5° Ce délire peut être considéré chez beaucoup de ces malades comme un mode relatif d'amélioration, en tous cas incurable; chez d'autres, comme une transformation des délires primordiaux par usure ou disparition des conditions généralisées de ces premiers délires.

6° Ce délire, bien que se rencontrant chez de nombreux aliénés inoffensifs dans l'asile, ne peut offrir aucune garantie pour le caractère inoffensif du même aliéné en cas de proposition de sortie définitive.

7° Ce même délire ne doit cependant pas être toujours considéré comme un élément absolu d'opposition à la mise en liberté définitive; mais celle-ci ne devrait jamais être proposée qu'après plusieurs tentatives réitérées avec succès de mise en liberté provisoire et graduellement prolongée sous surveillance constante et avec consentement préalable du médecin traitant. Il ne faudra jamais oublier que c'est un aliéné non guéri que l'on met en liberté.

8° Des quartiers d'observation devraient être établis pour les aliénés lors de leur entrée afin de les soustraire à l'influence nuisible de ce délire d'emprunt.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

René Semelaigne.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1898

Présidence de M. MEURIOT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Vallon, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. Charon, nommé membre correspondant à la dernière séance ;

3° Une lettre de M. Pilcz, de Vienne, remerciant la Société du titre de membre associé étranger qu'elle lui a décerné.

Rapport de candidature.

M. René Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une Commission composée de MM. Deny, Féré et René Semelaigne, rapporteur, d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Nageotte, qui demande à être admis parmi nous en qualité de membre correspondant. M. Nageotte, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef des travaux d'anatomie pathologique à la clinique des maladies nerveuses, a été nommé, à la suite d'un récent concours, médecin-adjoint des quartiers d'aliénés des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1893, est consacrée à l'étude des rapports du tabes et de la paralysie générale. Dans ce travail fort remarquable et fort remarqué, l'auteur avance que la paralysie générale est accompagnée de tabes dans les deux tiers des cas, au moins, proportion que je ne veux pas discuter ici, mais que, pour mon compte personnel, je persiste à considérer comme fort exagérée. Les *Bulletins de la Société anatomique* publiaient en 1894 un travail sur la *Lésion primitive du tabes*, et, l'année suivante, une *Note sur une plaque de myélite siégeant dans le faisceau antéro-latéral chez un tabétique paralytique général.* En 1895

également, M. Nageotte faisait paraître, dans la *Revue Neurologique*, une *Etude sur un cas de tabes uniradiculaire chez un paralytique général* et, dans les *Archives de Neurologie*, une *Etude sur la méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale.*

Je me borne à ces quelques citations pour vous donner un rapide aperçu de l'œuvre déjà importante de M. Nageotte, et suis heureux de vous prier, au nom de votre Commission, de bien vouloir lui accorder le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. Nageotte est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages.

Rapport sur l'ouvrage de M. Funaioli, « Sur la paralysie générale ».

M. Arnaud. — Le professeur P. Funaioli, médecin superintendant du manicôme de Sienne, directeur de la clinique psychiatrique de cette ville et membre associé étranger de notre Société, a bien voulu nous faire hommage d'un livre qu'il vient de publier *Sur la paralysie générale*. C'est une étude à la fois clinique et statistique, qui renferme de nombreux documents dus à l'observation personnelle de l'auteur.

Notre distingué confrère a réuni les faits de paralysie générale qu'il a étudiés à Sienne pendant une période de douze années, de 1886 à 1897 inclus. En additionnant les paralytiques présents à l'asile le 1er janvier 1886 et ceux qui y ont été admis pendant les douze années suivantes, il obtient le chiffre respectable de 320, soit 240 hommes et 80 femmes. Sur ce total, en douze ans, il y a eu 257 morts, dont 189 hommes et 68 femmes, soit, par rapport aux entrées, une proportion de 88.62 p. 100. Cette mortalité est considérable, et elle semble indiquer une courte durée de la maladie.

Le chiffre des entrées de paralytiques étant resté à peu près stationnaire pendant ces douze années, tandis qu'il avait été sensiblement plus élevé pendant les dix années précédentes, l'auteur en conclut que le nombre de paralytiques tend plutôt à décroître. La proportion des hommes aux femmes est de 3 à 1.

C'est de la province de Livourne que viennent le plus grand nombre des paralytiques admis à l'asile de Sienne. Cette constatation est en rapport avec ce que l'on observe dans tous les pays, au sujet de l'influence des régions populeuses et commerçantes sur le développement de la paralysie générale.

Les constatations de l'auteur concordent encore avec l'observation commune en ce qui concerne l'âge où sévit plus particulièrement la maladie, à savoir trente-cinq à quarante-cinq ans. Le professeur Funaioli a vu un seul cas de paralysie générale juvénile, développée chez une jeune fille de dix-huit ans, dont le père était également paralytique.

De l'examen assez long de la profession, du genre de vie, du degré d'instruction et de fortune de ses malades, l'auteur tire plusieurs conclusions qui, d'après ses chiffres mêmes, semblent discutables. Il en résulte au moins avec certitude que les travailleurs manuels, les pauvres et ceux dont l'instruction est nulle, sont atteints de paralysie générale à peu près aussi souvent que ceux exerçant des professions libérales, que les riches et que les sujets d'une instruction plus ou moins complète. Comme beaucoup d'autres auteurs, le professeur Funaioli note l'immunité presque absolue des religieux à l'égard de la paralysie générale.

Passant ensuite à l'étude des causes, l'auteur ne manque pas de faire observer les dissidences qui règnent encore sur cette question. Pour lui, il divise les causes en *prédisposantes* et *occasionnelles* ou *déterminantes*. Les causes prédisposantes se résument en une seule, l'*hérédité*, sous ses différents modes : sur les 290 cas examinés, l'hérédité directe a été relevée le plus fréquemment (70 fois) ; l'hérédité collatérale vient ensuite (66 fois). L'hérédité psycho ou névropathique est aussi très souvent notée. Puis viennent l'hérédité alcoolique et celle des affections organiques du cerveau.

Parmi les causes déterminantes, les plus habituelles sont, par ordre de fréquence, l'alcoolisme, la syphilis, les encéphalopathies et les traumatismes craniens, dans l'ordre physique ; dans l'ordre moral, ce sont les chagrins, l'abus de la vie, les émotions vives et enfin le libertinage.

Les principales conclusions qne tire l'auteur de l'étude de l'hérédité chez ses malades, sont les suivantes : l'hérédité congestive n'a pas l'importance qne lui ont attribuée certains auteurs ; — l'alcoolisme est souvent la cause uniqne de la paralysie générale ; — les chagrins en sont nne cause assez fréqnente, surtout chez la femme ; — la syphilis n'est pas la cause nécessaire, spécifique et prédominante de la paralysie générale, elle n'en est pas même une cause fréqnente ; en tous cas, son importance étiologique serait bien inférieure à celle de l'alooolisme. — On voit qne, sur plusieurs points, l'opinion de l'anteur est en discordance avec celles d'nn graud nombre d'aliénistes.

Quant à la terminaison de la maladie, le professeur Fnnaioli ne croit gnère à la gnérison ; il ne l'a vue que dans un cas de paralysie consécutive à l'alcoolisme et où, par conséquent, le diagnostic peut être contesté. La mort arrive le plus souvent par *ictus cérébral*, eusuite par paralysie cardiaqne, et enfin par septicémie on par marasme.

La seconde partie du livre du professenr Funaioli est consacrée à la clinique. Elle renferme vingt-sept observatious très étndiées, très intéressantes, mais dont l'analyse nous eutraînerait beauconp trop loin. Il nous suffira de dire que ces vingt-sept observations coucordent avec les résultats de la statistique de l'anteur sur l'étiologie. Il consacre nne mention spéciale à un cas de paralysie générale développée chez nn imbécile, rappelant que Capelletti, de Ferrare, a publié l'année dernière un fait aualogue, ce qui porterait à cinq les observations connues de cette association morbide. Bien que le sujet n'ait pas une importance capitale, j'anrai la coqnetterie de faire remarqner ici qne M. Funaioli, pas plus que Capelletti, n'a connu nn travail qne j'ai publié, en 1888, dans les *Annales médico-psychologiques* (numéro de novembre), snr *deux cas de paralysie générale, avec autopsie, chez des imbéciles*. Dans ce travail, je citais un cas semblable de Morel, un antre bien connu de M. Christian, et un troisième, mentionné par M. Christian d'après Foville, mais non pnblié. Il s'ensuit qn'avec mes deux observatious personnelles les faits connus de paralysie géuérale chez des imbéciles sont au moins au

nombre de *neuf*. Ceci, pour les amateurs de statistiques rigoureuses.

L'ouvrage du professeur Funaioli se termine par un chapitre d'anatomie pathologique et de thérapentique. Après avoir rappelé les principales opinions émises sur le processus morbide de la paralysie générale, l'auteur, appuyant sa manière de voir sur les résultats de quatre-vingt-sept autopsies, se rallie à la théorie vasculaire et interstitielle. Un certain nombre de planches illustrent sa démonstration.

Quant à la thérapeutique de cette terrible maladie, l'auteur ne dissimule pas qu'il y a jusqu'ici bien peu à atteudre des moyens prophylactiques et curatifs. Mais il pense avec juste raison que nous sommes moins désarmés lorsqu'il s'agit de l'amélioratiou des paralytiques. Sur ce terrain, nous disposons de procédés variés qui donnent des résultats encourageants et qui nous permettent d'atténuer dans une certaine mesure les effets de la maladie.

J'aurais voulu m'étendre davantage snr l'analyse de cet ouvrage consciencieux, intéressant, et qui, s'il n'apporte pas daus la question des aperçus bieu nouveaux, n'en est pas moins utile à consulter. Je crois en avoir assez dit, cependant, pour montrer qu'il est une contribution sérieuse à l'étude des problèmes que soulève la paralysie générale. La Société voudra, j'en suis convaincu, s'associer aux remerciements que je suis heureux d'adresser au professeur Funaioli pour l'envoi de son livre.

La séance est levée à 5 henres.

René Semelaigne.

BIBLIOGRAPHIE

Epilepsia e crime (*Epilepsie et crime*) ; par le Dr Julio Afranio Peixoto, 1 vol. in-8°. Thèse de la Faculté de médecine de Bahia (Brésil), 1897.

1. — L'étude de l'épilepsie et du crime, envisagés séparément, est une préface naturelle à celle des relations qui peuvent exister entre l'une et l'autre, au point de vue de la responsabilité criminelle.

N'est pas seulement épileptique celui qui présente de grandes attaques convulsives. L'épilepsie peut n'être représentée que par des troubles moteurs légers et limités à quelques groupes musculaires, par des « éclipses » de la conscience sans phénomènes moteurs, des perturbations de cette conscience ou des modifications du caractère. C'est là, d'après l'auteur, un fait qui ne saurait être mis en doute, accepté, d'ailleurs, par le plus grand nombre des neurologistes.

Sur le point de savoir si l'épilepsie est « une » ou « multiple », les avis sont partagés. Les uns admettent plusieurs espèces nosologiques distinctes dans l'épilepsie. C'est ainsi qu'ils reconnaissent des épilepsies traumatiques, néphrétiques, saturnines, des épilepsies directes ou réflexes, des épilepsies partielles, motrices, sensorielles, psychiques, vaso-motrices, psycho-motrices, psycho-sensorielles, sensitivo-motrices, épilepsie complète, des épilepsies aiguës et chroniques.

Tonnini et Roncoroni défendent une opinion contraire et soutiennent que l'épilepsie est « une », que ses manifestations seules sont multiples et dépendent de l'agent provocateur, des territoires influencés, enfin de conditions très variables. Tel est aussi l'avis de l'auteur qui, après avoir admis l'unité de l'épilepsie, essaie de donner une classification de ses modalités morbides.

L'épilepsie n'est pas seulement un symptôme, comme le déclare Ch. Féré. En fait, le mal comitial se traduit par une grande variété de manifestations cliniques : éclampsie de l'enfance, de l'adolescence, de la puerpéralité ; accidents convulsifs au cours de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de l'insuffi-

sance rénale. La perte de conscience aussi est un symptôme épileptique. Mais à la base de toutes ces manifestations, on trouve la dégénérescence ; car l'épilepsie est une maladie de dégénérescence, une anomalie biologique, un fait d'ordre tératologique. A travers ses multiples manifestations, elle reste « une ».

II. — Le crime est le produit naturel des organisations sociales, poursuit l'auteur. Les criminels sont des individus normaux que la société n'a pu soumettre à sa domination. Primitivement, ces êtres réfractaires furent un des motifs de la formation des premières sociétés. Ils persistent à travers les temps. Les uns, d'une intelligence forte, portèrent contre la société les armes de leur parole : ils s'appellent à différentes époques, Socrate, Jésus de Nazareth, Jean Huss, Karl Marx, Auguste Comte, Paul Kropotkine, Michel Bakounine et Léon Tolstoï. D'autres attaquèrent franchement l'organisation sociale : ils se nomment Cromwell, Napoléon, Danton, Marat, Washington, Gambetta, Bolivar, Benjamin Constant. D'autres, plus modestes, limitèrent leur action à une révolte individuelle ; ils se nomment Ravaillac, Vaillant, Henry, Ravachol. L'acte, dans les uns comme dans les autres cas, fut identique à l'égard de la société. La seule différence, c'est que, mus par un grand sentiment altruiste, le Christ et Caserio donnèrent leur vie pour une idée « bienfaisante » ou qu'ils supposaient telle, tandis que les autres agissaient en égoïstes pour se procurer la satisfaction de besoins matériels « mesquins » (1).

« De ce que les plantes délicates, qui croissent dans l'atmosphère artificielle d'une étuve, sont normales, il n'en résulte point que le cèdre, orgueilleux de sa puissance et qui vit affrontant les intempéries, ait une organisation vicieuse et contre nature. »

La fatigue, les excès cérébraux, les intoxications, le vice qui altère la constitution des individus, la maladie qui en déforme les types, le milieu social dans lequel les conditions d'existence sont modifiées de telle sorte que les nécessités de la vie aug-

(1) L'altruisme de Caserio ne fut sans doute qu'une manifestation de sa dégénérescence. Nous prenons la liberté de signaler à M. Afranio Peixoto le parallèle établi par notre maître, M. Régis, entre ce criminel et les régicides historiques. La ressemblance est frappante et ceux-ci réalisent bien des types de dégénérés criminels. *Arch. d'anthropologie criminelle*, 1895.

mentent à mesure que diminuent les moyens de les satisfaire, toutes ces causes réunies sont susceptibles de modifier l'individu et de le pousser à une révolte contre les conventions sociales et les lois qui les régissent. La dégénérescence peut parvenir à un degré tel que l'équilibre psychique est rompu, la conscience abolie définitivement.

En sorte que les criminels peuvent se ranger en trois catégories. Ceux dont la criminalité est *essentielle*, qui ne sont que des révoltés contre la société ; ceux dont la criminalité est *mixte*, c'est-à-dire influencée, dans une certaine mesure, par la dégénérescence ; enfin, ceux dont la criminalité est *symptomatique* d'une dégénérescence mentale complète.

III. — La question des relations entre l'épilepsie et le crime, de l'épileptique criminel est très complexe et attend encore une solution. Lombroso étend singulièrement le champ de l'épilepsie criminelle. Pour lui, tous les criminels sont des épileptiques. Du criminel épileptique vrai au criminel par occasion, il n'y a que des degrés, et l'on passe successivement par le criminel fou moral et le criminel né. Le criminel épileptique représente un fou moral « amplifié », comme celui-ci n'est que « l'exagération » du criminel né. Au fond de chacun d'eux se retrouve l'épilepsie.

Le criminaliste italien est tombé dans une exagération évidente. Ce qui est vrai, c'est que les criminels sont des dégénérés souvent ; que les épileptiques le sont toujours. Il est donc naturel que les uns et les autres présentent des tares communes. De là à identifier le criminel et l'épileptique, il y a un abîme à franchir.

L'épileptique n'est pas fatalement un criminel en obéissant aux tendances de son caractère et aux incitations de sa maladie. Si, dans quelques cas, l'impulsion l'amène au crime, bien souvent elle n'aboutit qu'à une violence ou un acte inoffensif. Mais les actes d'un épileptique sont toujours influencés par la névrose qui modifie le caractère et affaiblit la volonté d'une façon permanente.

Mais, parce qu'un individu est épileptique, doit-il être exempt des tendances vicieuses et criminelles qui se rencontrent chez les autres individus ? Non, sans doute. Mais l'auteur ajoute : « Si l'on peut admettre, en principe, que l'épileptique puisse commettre un crime sans qu'intervienne sa qualité d'épileptique, il n'est pas au pouvoir de la science actuelle de mesurer la part qui revient au mal comitial ou aux tendances

criminelles de l'individn. L'âme humaine n'est point quelque chose qui se puisse peser à la balance ni se soumettre à l'analyse subtile de la chimie ». « Il en sera toujours ainsi ! » constate encore l'antenr, qui se voit obligé de répéter, avec une certaine amertume, le *Ignoramus et Ignorabimus*, d'Emile Du Bois Raymond.

IV. — La question de la responsabilité criminelle de l'épileptique n'est pas moins délicate. Legrand du Saulle classe les épileptiques en trois groupes. Dans le premier, il place ceux dont l'intelligence ne fut point atteinte par l'épilepsie. Dans le second, ceux qui, pendant de longs intervalles interparoxystiques, jouissent d'une intégrité complète de leur raison, présentant seulement quelques troubles intellectuels passagers avant, pendant ou après les crises. Dans le troisième groupe, ceux dont l'aliénation mentale est complète. Cette classification des épileptiques permet d'établir les degrés de responsabilité d'un criminel au moment de son crime.

Mais, il est bien difficile de fixer exactement la limite du premier et dn deuxième groupe, et l'antcur n'admet point la responsabilité partielle, convaincu que la responsabilité, pas plus que l'âme humaine, n'est point une drogue qui puisse « se peser, comme les produits pharmaceutiques, à 1 milligramme près ».

La responsabilité atténuée est donc une théorie fantaisiste et ridicule, une sorte de compromis entre Thémis et Minerve.

Il n'y a point d'épileptique responsable et il n'y a qu'un savant prétentieux qui puisse se flatter de mesurer exactement la résistance qu'un individu a pu opposer à son impulsion ou à ses tendances maladives.

Les législations ne sont pas d'accord sur la manière de traiter un épileptique. Dans les Pays-Bas, le Code pénal n'admet pas qu'un acte commis par un individu incomplet ou tronblé, puisse être punissable ; et, si l'appréciation de l'insuffisance de l'individu ou de son trouble mental ne peut se faire, le juge ordonne son placement dans un asile d'aliénés, pendant une période qui ne pent excéder nn an, afin d'y être convenablement étudié.

Au Brésil, le Code de 1890 admet à peine l'irresponsabilité des imbéciles ou des déments séniles. Ce Code, d'ailleurs, est en voie de revision et le projet nouveau porte que ceux qui, dans leurs actes, n'ont pas été libres, mais influencés par l'altération morbide de leurs fonctions psychiques ou de leur conscience, ne pourront en être déclarés responsables.

Mais une fois l'épileptique déclaré irresponsable, la société doit se protéger contre les actes de ces malades dangereux. Quelques pays ont déjà pris des mesures dans ce sens. En Allemagne et aux Etats-Unis, il existe des asiles spéciaux pour les aliénés criminels. En Angleterre, l'asile-prison de Broadmoor reçoit les épileptiques criminels. En France, la loi de 1838 a établi à Gaillon une maison spéciale pour les aliénés criminels, une maison centrale du même genre pour les femmes, à Montpellier. En Italie, un décret royal, jugeant périlleuse la liberté d'un individu déclaré irresponsable, ordonne qu'il sera remis entre les mains des autorités. Au Brésil, on en est encore à attendre un établissement régulier pour le traitement des aliénés dans une ville comme Bahia. Les aliénés ordinaires sont enfermés à la maison de correction, on ne peut donc penser aux aliénés criminels.

Les épileptiques, criminels ou non, s'ils diffèrent à un moment donné, sont d'une ressemblance parfaite dans beaucoup d'autres circonstances. Ce qui diffère, c'est le moment dans lequel nous observons les uns et les autres. Et alors, pourquoi ces maisons mixtes qui ne sont ni asiles, ni prisons? L'épileptique criminel est passible d'un traitement et non d'une peine. Les gardiens doivent être des infirmiers. Il faut des médecins pour les traiter. Et l'auteur se félicite de penser à ce sujet, comme un aliéniste de marque, M. Marandon de Montyel.

Entre les épileptiques, ce n'est point une distinction, mais un diagnostic qu'il faut faire. C'est faire œuvre de science, d'humanité, de protection sociale aussi, que de les hospitaliser dans les asiles et dans les colonies agricoles.

A côté de ces épileptiques, que l'auteur appelle petits épileptiques, il est de grands épileptiques qui se sont élevés aux plus hautes situations et qui ne relèvent pas de la justice de leur temps, mais réclament l'indulgence de l'histoire.

Saint Paul, après avoir été un criminel, trouve son chemin de Damas, parce qu'il était épileptique. Hercule, le héros invincible, était un épileptique. Euripide le représente, au milieu d'un sacrifice, frappé subitement du mal comitial, les traits altérés, la bouche écumante, halluciné de la vue, avec un délire homicide, une crise procursive qui le pousse à attaquer des ennemis fantastiques et tombant finalement par terre, inerte et abattu. Oreste, fils d'Agamemnon; Cambyse, le cruel tyran; César, le conquérant des Gaules; Caligula, cette monstrueuse et abjecte anomalie humaine, étaient des épileptiques. Napoléon

Bonaparte, Mahomet, Pierre le Grand, Charles-Quint, Richelieu, Wellington, Molière, Pétrarque, Schiller, Musset, Flaubert (1), tous individus chez lesquels l'influence néfaste de l'épilepsie se fit sentir et qui trouvèrent néanmoins le moyen de gravir la montagne « escarpée de la gloire ».

Lorsque l'histoire s'occupera de ces hommes pour juger leurs faits, elle « devra jeter dans la balance », sous peine de commettre des injustices révoltantes, le « poids énorme » de la maladie.

La lecture de cet important travail est des plus intéressantes. On y rencontre, à côté des vieilles querelles sur la responsabilité partielle, des aperçus originaux. C'est l'œuvre d'un esprit cultivé et très documenté qui ne dédaigne pas de faire, dans la littérature et dans l'histoire, des incursions attrayantes.

ANGLADE.

L'intervention chirurgicale dans les épilepsies. Rapport au premier Congrès international de psychiatrie, de névrologie et d'hypnologie (Bruxelles, septembre 1897); par le Dr C. Winkler, d'Amsterdam, 1 vol. in-8°, O. Doin, 1897.

Voici, en résumé, les conclusions de ce travail :

1° L'épilepsie réflexe et l'épilepsie toxique peuvent, comme l'épilepsie corticale, se présenter sous la forme partielle.

2° Toute épilepsie est symptomatique, on ne peut séparer l'épilepsie symptomatique de l'épilepsie dite idiopathique, par conséquent il n'existe pas de chirurgie des épilepsies, mais bien une chirurgie des centres nerveux.

3° L'intervention chirurgicale n'est indiquée que lorsque la lésion cérébrale épileptogène est susceptible d'être localisée avec certitude.

4° L'état de mal avec spasmes unilatéraux, précédé, accompagné ou suivi de paralysies dans le côté convulsionné, indique toujours la résection du crâne à grand lambeau osseux au niveau de la zone motrice opposée.

5° Un spasme tonico-clonique très restreint, suivi ou non à échéance de convulsions unilatérales ou généralisées sans perte de conscience, justifie une intervention si les traces du trauma-

(1) L'épilepsie de quelques-uns de ces grands noms n'est peut-être pas scientifiquement démontrée et repose sur des légendes. Voir, à ce sujet, l'intéressant travail de M. A. Regnard, en cours de publication dans les *Annales*. Janvier à Septembre 1898.

tisme existent encore sur le crâne et qu'elles coïncident avec la zone irritée.

6° En cas de discordance, l'aura acquiert une valeur extrême.

7° L'aura sensitive d'un membre où naît le symptôme-signal moteur fait présumer une lésion épileptique située dans le lobe pariétal postérieur à la zone motrice.

8° L'aura visuelle fait présumer une lésion épileptique de la circonvolution angulaire ou du cunéus.

9° L'aura intellectuelle combinée ou non avec l'aura épigastrique et olfactive fait supposer une lésion épileptogène du lobe frontal, surtout du droit.

10° Les résultats de l'intervention chirurgicale sont satisfaisants lorsqu'une lésion vraiment saisissable a été enlevée.

11° La chirurgie cérébrale, quand la physiologie cérébrale sera mieux connue, est appelée à un grand avenir.

Suivent vingt-deux observations d'intervention chirurgicale dans des cas d'épilepsie symptomatique. A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Contribution à l'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la tuberculose ; par le Dr Léon La Bonnardière, ex-interne des asiles. 79 pages in-8°. Thèse de Lyon, 1898.

— Quel doit être le rôle du patronage à l'égard des aliénés avant, pendant et après leur internement dans la maison de santé? Rapport présenté au Congrès international pour l'étude des questions relatives au patronage des condamnés, des enfants moralement abandonnés et des aliénés (3e session. Anvers, 1898) ; par le Dr Jul. Morel, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Mons. 27 pages in-8°. Bruxelles, 1898.

— Le diabète sucré et son traitement hydrologique. Etude comparative ; par le Dr E. Duhourcau. Préface du Dr F. Garrigou. 224 pages in-8°. Paris, O. Doin, 1898.

— A propos des enregistrements photographiques d'effluves humaines ; par Adrien Guébhard. 16 p. Extrait de la *Revue scientifique*, 15 janvier 1898.

— Etude du délire de persécution à évolution systématique ; par le Dr Martial Verger. 84 pages in-8°. Thèse de Paris, 1898.

— L'éducation rationnelle de la volonté ; son emploi thérapeutique ; par le Dr Paul-Emile Lévy. Préface de M. le prof. Bernheim. 234 pages in-8°. Paris, Félix Alcan, 1898.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 25 avril 1898

Présidence de M. FALRET

L'assemblée s'est tenue à trois heures, rue de l'Abbaye, n° 3.

MM. Semelaigne, président ; Dagonet (Henri), vice-président ; Goujon, Giraud, empêchés, se sont excusés de ne pouvoir assister à l'assemblée.

M. Falret, au nom d'une Commission composée de MM. Falret et Christian, fait un rapport verbal sur les comptes du trésorier et déclare, qu'après examen, les comptes ont été trouvés exacts et les pièces à l'appui régulièrement établies ; l'assemblée vote des remerciements à M. Mitivié, trésorier.

M. le président donne la parole à M. Bouchereau, secrétaire, pour son rapport annuel.

Messieurs,

La situation morale de notre association n'a subi aucun changement notable durant l'exercice écoulé. Notre recrutement se fait trop lentement au gré de nos désirs ; malgré l'appel pressant de beaucoup d'entre nous, certains de nos confrères négligent encore de nous prêter leur concours : il nous serait cependant bien précieux. Les demandes d'argent se font chaque année plus nombreuses et plus vives ; si l'on nous aidait davantage, nous pourrions secourir un plus grand nombre d'infortunes ; nul n'ignore ce que l'on obtient par l'union, par la solidarité ; dans la carrière médicale, les déceptions sont fréquentes. Beaucoup de médecins meurent sans être parvenus à réaliser une fortune même modeste ; trop souvent, ils laissent leur famille dans la misère ; d'autres comptent sur une retraite qu'ils ne sont pas toujours certains d'obtenir ; quelques-uns de nos confrères d'asile, en passant d'un département dans un autre, ignorent les démarches qu'il est nécessaire de réaliser pour obtenir d'une nouvelle administration départementale les droits à la retraite obtenus dans le département qu'ils abandonnent ; avant de demander leur changement, nos confrères devraient s'assurer des avantages attachés à la situation qu'ils sollicitent ; en attendant la régularisation de sa retraite, on

est souvent heureux d'obtenir un secours temporaire ; or, pour obtenir un secours quelconque pour lui ou sa famille, tout médecin aliéniste doit avoir appartenu à notre association en qualité de membre fondateur ou associé ; autrement nos statuts nous obligent à repousser les demandes qui ne remplissent pas cette condition.

Notre association a perdu plusieurs membres : la mort nous a enlevé MM. Camuset et Mesnet, membres fondateurs.

Camuset, né à Lyon le 8 décembre 1841, est décédé à Bonneval (Eure-et-Loir). Ses études littéraires terminées, il a servi dans la médecine navale durant plusieurs années, essayé ensuite de la pratique médicale, puis il est entré dans les asiles d'aliénés en qualité de médecin-adjoint à Vaucluse (Seine-et-Oise), de médecin-directeur de Saint-Alban, de Cadillac, de Clermont, de Bonneval où il s'est éteint après une longue maladie courageusement supportée, obligé avant l'âge de demander sa mise à la retraite. Observateur consciencieux, clinicien sagace, Camuset s'est montré administrateur habile dans les divers asiles où il a passé ; on a apprécié la droiture de son caractère, son dévouement envers ses malades. D'un caractère modeste, il se tenait toujours à l'écart ; il a fallu une épidémie grave de choléra apparue à Bonneval et combattue par lui avec autant de zèle que de savoir, pour le signaler à l'autorité supérieure ; en 1898, il a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. Le Congrès des médecins aliénistes tenu à Lyon, en 1891, l'avait nommé un des vice-présidents : ces deux distinctions qu'il devait à son seul mérite lui avaient été précieuses ; il s'en est montré reconnaissant. Camuset appartenait à cette classe de fonctionnaires modestes qui servent utilement leur pays et conservent les bonnes traditions enseignées par nos anciens maîtres. Puissent les témoignages de regrets donnés à sa mémoire adoucir le chagrin de sa veuve ! On voit avec peine des hommes de ce mérite disparaître prématurément.

Mesnet était né à Saumur le 26 mars 1825, il est décédé à Paris, le 28 janvier 1898, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie de médecine. Sa carrière a été bien remplie ; après quelques années d'études à l'École d'Angers, il vint à Paris conquérir le titre d'interne des hôpitaux ; ces débuts honorables, mais modestes, devaient lui donner une ambition plus haute ; pour obéir à sa famille, il essaya de la clientèle à Saumur quelque temps ; puis il revint à Paris comme collaborateur d'Archambault, dans la famille duquel il était entré, car son mérite et son caractère étaient très appréciés de ses maîtres. Nommé en 1859, au concours, médecin des hôpitaux, Mesnet obtint un service à Saint-Antoine, puis plus tard à l'Hôtel-Dieu, où il est resté jusqu'au moment de sa

retraite. Doué d'un grand talent d'observation, Mesnet mit à profit ses années passées dans un grand établissement consacré aux aliénés et dans deux services hospitaliers importants pour s'occuper plus particulièrement des affections du système nerveux. On sait ce qu'il faut de patience, de méthode, d'exactitude pour ne pas s'égarer au milieu des problèmes si obscurs de la pathologie mentale ; Mesnet a montré une grande sévérité envers lui-même dans ses publications scientifiques ; on peut le prendre pour modèle, si on veut après lui aborder l'étude de l'hystérie. Il s'est occupé du somnambulisme pathologique de l'automatisme de la mémoire et du souvenir, du délire aigu hydrophobique, des complications délirantes constatées à la suite du cholera, et de beaucoup d'autres questions qu'il a abordées et élucidées. Dans la science, rien n'est définitif, tout évolue, se transforme, mais ceux qui éclairent un point même limité des affections mentales font œuvre utile. Mesnet laisse après lui des publications offrant un réel intérêt. L'administration le nomma chevalier de la Légion d'honneur en récompense de son dévouement durant les épidémies de choléra survenues dans les années 18 9 et 1866. L'Académie, en recevant dans son sein Mesnet, lui a décerné une distinction dont il lui a toujours été reconnaissant. C'était la plus haute récompense de ses travaux. En ce moment, il y aurait témérité de ma part à vouloir ajouter quelque chose aux paroles élogieuses prononcées par M Motet, au nom de l'Académie, le jour des funérailles de Mesnet ; M. Motet était plus autorisé que personne à dire combien grande était la perte causée par la disparition de Mesnet, combien sincères étaient les regrets exprimés par tant de confrères. M. Motet avait été le témoin de toute sa vie, le juge autorisé de toute son œuvre, son confrère le plus cher et le plus dévoué. Aujourd'hui, nous prions sa famille d'agréer l'hommage de notre sympathie et l'expression de notre reconnaissance, car dans la manifestation de ses dernières volontés, Mesnet a montré que des liens bien intimes le rattachaient à notre Association ; il a désiré en être un des bienfaiteurs ; membre fondateur à l'origine, membre du conseil depuis des années, la maladie a pu l'éloigner de nos séances, il nous est demeuré fidèle et il nous laisse, en mourant, le souvenir de sa générosité.

Sur la demande de M. Doutrebente, l'assemblée décide qu'à l'occasion des Congrès de médecine mentale tenus chaque année, une assemblée générale supplémentaire de notre Association pourrait avoir lieu, dans laquelle la situation financière et morale serait exposée dans une des séances du Congrès, si cette proposition était acceptée, notamment à Angers cette année.

La situation financière de l'Association est bonne ; pour s'en

rendre compte, il suffit de l'étudier dans le tableau qui résume son fonctionnement durant l'exercice écoulé.

Le Ministre de l'intérieur a alloué un secours de 1,500 fr., sur l'intervention de M. Goujon.

Un nouvel asile a inscrit à son budget une souscription annuelle de 50 fr., cela sur la demande de M. Dericq, et grâce à l'appui de M. Léon Labbé, sénateur du département de l'Orne.

Nous exprimons toute notre reconnaissance à nos trois confrères et nous prions tous nos collègues des asiles d'aliénés, de vouloir bien insister auprès des conseils généraux des départements qui ne nous ont pas jusqu'ici accordé une souscription ; une demande repoussée une année peut être acceptée l'année suivante.

Les asiles souscripteurs sont au nombre de 36 :

Asile d'Aix	50 fr.
— d'Alençon	50
— d'Armentières	100
— d'Auch	100
— d'Auxerre	100
— de Bailleul	100
— de Blois	100
— de Bassens	100
— de Bordeaux	25
— de Bron	100
— de Châlons-sur-Marne	100
— de Clermont (Oise)	100
— de Dijon	100
— de Dôle	100
— de Dury-lès-Amiens	100
Établissement Sainte-Marie	50
Asile d'Evreux	100
— de Laroche-Gandon	100
— de Maréville	100
— de Montdevergues	100
— de Pau	100
— de Prémontré	100
— de Quatre-Mares	100
— de Quimper	100
— de Rennes	100
— de Saint-Dizier	100
— de Saint-Lizier	50
— de Saint-Yon	100
— de Saint-Venant	100
— de Toulouse	100
— de Vannes	100

MM. Maret, Dauby, Saury, fondateurs, nous ont adressé leur démission.

Notre excellent confrère M. Meuriot, membre fondateur, devient membre à vie par suite du rachat de sa cotisation, par application de l'article 6 des statuts.

Deux nouveaux membres nous ont apporté leur adhésion :

M. Rayneau, médecin attaché au service des aliénés à Orléans ;

M. Fenayrou, médecin-adjoint de l'asile de Limoges ; nous adressons à tous les deux nos sincères remerciements.

Au moment présent, notre Association compte :

Membres fondateurs . . .	60
— sociétaires. . . .	74
— à vie	2
Total	136

Les recettes de l'année jointes au reliquat de l'année précédente se sont élevées au chiffre de 17,341 51
ainsi décomposées :

En caisse au 31 décembre 1896.	5,672 65
Cotisations.	2,355 »
Don de M. Meuriot.	100 »
Rachat de la cotisation de M. Meuriot.	500 »
Subvention ministérielle.	1,500 »
Souscriptions d'asiles.	2,823 60
Intérêts des capitaux	4,349 10
Intérêts du dépôt au Crédit foncier	10 96
Frais de recouvrements remboursés	36 10
Total	17,347 15

Les dépenses ont atteint le chiffre de 10,713 65
Savoir :

Secours à dix veuves de fondateurs.	5,350 »
A deux femmes de sociétaires malades	1,100 »
A deux fondateurs et à un sociétaire en retraite.	1,050 »
A la fille d'un fondateur décédé	400 »
A deux veuves d'anciens internes d'asiles . . .	500 »
Achat de 65 francs de rente 3 p. 100	2,223 80
Droit de garde du Crédit foncier	6 80
Frais d'impression, recouvrements, timbres et envois de secours	83 55
Total.	10,713 65

De l'examen de ces chiffres, il ressort : 1° qu'il restait disponible au 31 décembre 1897, une somme de	6,633	86
qui déposée au Crédit foncier est indispensable pour assurer la distribution des secours envoyés en janvier, avant la rentrée des recettes et des cotisations ;		
2° Que les secours distribués jusqu'à ce jour par l'Association s'élèvent à la somme de	190,720	»
Le capital placé suivant les statuts, augmenté des dons et legs représente environ	138,120	»
Qui se décompose ainsi :		
Rente 3 1/2 donnant	1,217	»
Rente 3 p. 100 donnant	2,498	»
43 obligations du chemin du Midi donnant . .	625	60
Donc, le revenu du capital donne une somme de.	4,340	60
Les prévisions budgétaires pour l'année 1898 sont les suivantes :		
En caisse, au 31 décembre 1897.	6,633	86
Cotisations.	2,355	»
Subvention ministérielle	1,500	»
Souscriptions d'asiles.	2,823	»
Intérêts des capitaux.	4,415	»
Recette extraordinaire :		
Legs de M. Mesnet à placer en rente 3 p. 100.	2,000	»
Total.	19,726	86
Sur cette somme, conformément aux statuts, on peut disposer d'environ	15,000	»
Dans sa séance dernière, le Conseil a alloué les sommes suivantes :		
A un fondateur en retraite et à un sociétaire malade.	450	»
A dix veuves de fondateurs ou sociétaires. . .	2,850	»
A deux femmes de sociétaires malades.	550	»
A la fille d'un sociétaire décédé	200	»
C'est donc une somme de.	4,050	»
dont on a déjà disposé ;		
Il reste alors un solde disponible de	10,950	»
Sur lequel le Conseil vous propose d'accorder un secours de.	500	»
à répartir entre deux veuves d'anciens internes d'asile.		
Ces sommes distribuées, il resterait	10,450	»
en caisse sur lesquels il y aura à prélever, suivant les prévisions actuelles pour le deuxième semestre.	5,000	»
Il resterait donc en fin de compte	5,450	»

pour parer aux éventualités nouvelles et pour augmenter, s'il en était besoin, le chiffre de quelques-uns des secours et assurer en même temps la distribution des services de janvier 1899.

Messieurs, ce rapide exposé de la situation financière de notre Association vous permet d'apprécier les résultats obtenus durant l'exercice écoulé. Grâce à vous, à votre intervention active auprès des administrations départementales qui nous accordent des subventions précieuses, nous parvenons à distribuer des secours très utiles à quelques-uns de nos confrères atteints par l'âge, par la maladie ; nous secourons des veuves de médecins tombés dans le malheur ; nous protégeons leurs enfants, nous les aidons à les élever, à acquérir de l'instruction de façon à se créer plus tard une situation honorable : nous pouvons affirmer que nos finances sont administrées avec une très sage économie. Les frais de gestion se trouvent réduits à une somme très faible, et cela grâce au zèle, à l'habileté de notre trésorier, M. Mitivié ; il est bien à regretter que nous ne puissions lui témoigner notre reconnaissance autrement que par nos remerciements unanimes : M. Mitivié est certainement le membre le plus utile, le plus dévoué de notre Association.

L'assemblée approuve par un vote unanime les diverses propositions qui lui sont soumises, conformément aux statuts.

M. Paul Garnier remplace comme membre du Conseil M. Mesnet, décédé.

Les membres du conseil sortants et rééligibles :

MM. Henri Dagonet, Christian, Mitivié, Vallou, Auguste Voisin, sont réélus.

M. Henri Dagonet, que la maladie empêche d'assister régulièrement à nos séances, ayant insisté pour être remplacé, le Conseil, en lui exprimant toute sa sympathie et formant les vœux les plus sincères pour son rétablissement, désigne M. Meuriot en qualité de vice-président.

Le Conseil se trouve ainsi constitué pour l'année 1898 :

M. Semelaigne, père, président ;

M. Meuriot, vice-président ;

M. Mitivié, trésorier ;

M. Bouchereau, secrétaire.

La séance est levée à quatre heures.

BOUCHEREAU.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du* 5 *mai* 1898 : M. le Dr Vernet, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.);

M. le Dr Legrain, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.).

— *Arrêté du* 20 *mai* 1898: M. le Dr Papillon, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Toulouse, 1896), est nommé, à titre provisoire et pour une période de trois mois, médecin-adjoint de l'asile de Montdevergues (Vaucluse).

— *Arrêté du* 25 *mai* 1898 : M. le Dr Gilbert-Petit, directeur-médecin de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin en chef de l'asile du Mans ;

M. le Dr Journiac, médecin en chef de l'asile du Mans, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Alençon.

— *Arrêté du* 5 *juin* 1898 : M. le Dr Boiteux, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du* 14 *juin* 1898 : M. le Dr Maunier, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.);

M. le Dr Levet, médecin-adjoint de l'asile de Fains (Meuse), est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du* 27 *juin* 1898: M. le Dr Maupaté, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

— *Arrêté du* 1er *juillet* 1898 : M. Balet, directeur de l'asile de Ville-Evrard, et M. Baudard, directeur de l'asile de Vaucluse, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du* 8 *juillet* 1898 : M. Raoul, directeur de l'asile de Montdevergues, est compris dans la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

M. le Dr Roux, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint des asiles d'aliénés (Concours de Lyon, 1896), est nommé médecin-adjoint de l'asile de la Charité (Nièvre), emploi créé.

— *Arrêté du 16 juillet* 1898 : M. le Dr Pécharman, médecin-adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.) ;

M. le Dr Leroy, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

NÉCROLOGIE

Dr Aug. Voisin. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le Dr Aug. Voisin, médecin de la Salpêtrière, décédé le 22 juin 1898, dans sa soixante-dixième année.

Né à Vanves, le 23 mai 1829, Auguste-Félix Voisin fit ses études médicales à Paris. Externe des hôpitaux en 1851, il concourut pour l'internat et fut nommé, en 1853, dans la même promotion qne Baillon, Foville, Luys, etc. Reçu docteur en médecine en 1857, il publiait, trois ans après, un important travail sur l'*hématocèle rétro-utérine et les epanchements sanguins du petit bassin*. Pendant deux ans (1862-1894), il fut le chef de clinique de Bouillaud, à la Charité ; ce furent pour lui deux années de travail bien remplies ; il recueillit un grand nombre de faits d'une réelle importance qu'il communiqua soit à l'Académie de médecine, soit à la Société anatomique. Nous citerons entre autres un mémoire sur une *Observation de kyste arachnoïdien avec compression des circonvolutions frontales et avec aphasie*, un travail sur le *ramollissement de la moitié droite du pont de Varole par thrombose des artères vertébrale et basilaire*, un autre sur le *ramollissement des cordons postérieurs de la moelle*, d'importantes études sur l'*atrophie musculaire progressive* et l'*alcoolisme chronique*, etc.

Ces premières recherches indiquent la direction d'esprit de notre confrère, l'anatomie pathologique du système nerveux, étudiée non seulement au point de vue macroscopique, mais aussi à l'aide du microscope. Aug. Voisin trouve place, avec Luys, Marcé, d'autres encore, parmi les élèves de Ch. Robin, qui appliquèrent les premiers, en France, les enseignements de leur maître à l'étude des lésions du système cérébro-spinal dans les maladies mentales et nerveuses.

Les tendances de son esprit, ainsi que le milieu où il était né et avait vécu, devaient le pousser dans la voie de la médecine mentale. Son parent, Félix Voisin, dont les travaux psychiatriques sont connus et estimés, lui servit de guide ; et lorsqu'en 1865, il abandonna son service à Bicêtre, il eut la satisfaction de voir sa succession accordée à son petit neveu. Aug. Voisin ne fit que séjourner à Bicêtre : en 1867, en effet, il passa à la Salpêtrière dans le service de Falret père, démis-

sionnaire, où il resta pendant près de trente et un ans, jusqu'au jour de sa mort.

Ce long espace de temps fut exeellemment employé pour l'enseignement et les recherches originales. Chaque année, Aug. Voisin faisait un cours elinique, qui attirait un groupe d'élèves assidus qu'attiraient les tendances pratiques, les connaissances thérapeutiques du maître. A l'eneontre des anatomo-pathologistes, d'ordinaire très seeptiques en thérapeutique, Aug. Voisin avait une foi ardente dans l'efficacité des modes de traitement en médeeine mentale; il ne pouvait eomprendre qu'on restât les bras croisés en présence du mal le plus terrible qui puisse atteindre l'homme; il ne voulait pas qu'en sa présence on restât inaetif. De là ses reeherches patientes sur le bromure de potassium et le ehlorhydrate de morphine dans le traitement des affections nervoso-mentales, qui ont si puissamment contribué à mieux faire connaître l'action de ees médicaments et leurs indieations diverses. Sans doute, comme il arrive toujours en pareilles matières, le thérapeute, par une sorte d'auto-suggestion, est porté naturellement à exagérer, à étendre les effets des médicaments étudiés; mais, la eritique aidant, les choses sont bientôt remises en leurs limites naturelles et, de toutes ces reeherches souvent un peu confuses, sortent quelques faits nouveaux importants qui viennent s'ajouter à notre capital scientifique. C'est ce qui est particulièrement vrai du chlorhydrate de morphine, dont l'utilité dans le traitement des formes mélaneoliques n'est plus aujourd'hui mis en doute.

Malgré les progrès incessants de la teelnique micrographique, les travaux d'Aug. Voisin sur l'anatomie et l'histologie pathologiques du système nerveux ne sont pas à dédaigner. Peut-être critiquera-t-on ses reeherches sur les altérations de la cellule nerveuse dans la folie simple; eependant de bons juges en la matière les ont appréciées. Mais son œuvre eapitale et qui restera, croyons-nous, c'est son *Traité de la paralysie générale des aliénés*. Depuis les ouvrages de Bayle et de Calmeil, depuis la thèse d'agrégation de Lasègue, rien de si complet n'avait paru sur cette maladie qui tient une place si importante dans la pathologie mentale. Aug. Voisin s'y montre clinicien très sagaee, anatomo-pathologiste très renseigné; peut-être sa confiance dans la possibilité de traiter et même de guérir cette maladie était-elle un peu trop grande; mais, en pareil cas, ne vaut-il pas mieux pécher par exeès que par défaut? Quoi qu'il en soit, à l'époque de sa publieation (1879), ce traité magistral fut très apprécié et il méritait de l'être. Il n'est certes pas inférieur aux deux traités sur la paralysie générale, l'un de Mickle en Angleterre, l'autre de Mendel en Allemagne, qui parurent presque à la même époque.

Aug. Voisin était un travailleur infatigable. Outre les travaux que nous venons de citer, il faudrait rappeler les nombreux articles qu'il donna au Dictionnaire de Jaccoud (Amnésie, Aphasie, Epilepsie, etc.); ses mémoires si intéressants sur la *mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale*, sur le *curare* (en collaboration avec H. Liouville), sur l'*état mental dans l'alcoolisme aigu et chronique*, sur la *température dans les maladies mentales*, etc.; mais que de mémoires intéressants, de faits suggestifs, nous sommes obligés de laisser dans l'ombre!

Nous ne saurions cependant passer sous silence les tentatives faites par notre collègue pour l'*Emploi de la suggestion hypnotique dans certaines formes d'aliénation mentale.* Il voyait dans cette application une ressource précieuse pour le traitement de certaines psychoses, et les quelques résultats heureux qu'il obtint lui faisaient désirer une plus grande extension de cette méthode thérapeutique. C'est là un sujet d'études et de recherches très délicates, qui exigent un esprit critique très délié; car sur ce terrain mouvant de l'hypnotisme, on se laisse facilement glisser plus loin que la méthode scientifique ne l'exigerait.

Aug. Voisin était d'une activité infatigable. A ses fonctions de médecin de la Salpêtrière, il ajoutait celles de membre du conseil d hygiène et de salubrité du département de la Seine et de directeur du service des secours publics à la Préfecture de police et au Ministère du commerce et des travaux publics; bien plus, trésorier de la Société médico-psychologique, il conserva ces fonctions pendant plus de vingt ans Membre d'un grand nombre de sociétés savantes, il y faisait de fréquentes communications, prenait part aux discussions, ayant toujours quelques faits à apporter à l'appui des idées qu'il soutenait.

En le voyant aussi actif, aucun de nous ne pouvait soupçonner qu'Aug. Voisin était depuis longtemps atteint d'un mal chronique qu'il combattait énergiquement par un régime sévère. Peu de semaines avant sa mort, il assistait encore à la séance de la Société médico-psychologique et y prenait la parole. Nous nous plaisions à voir ce collègue que la plupart d'entre nous considéraient comme un ami, et dont le dévouement à notre œuvre était déjà de longue date; aussi sa mort subite nous a causé à tous un profond étonnement en même temps que le plus sincère regret.

Ses obsèques ont eu lieu le 25 juin, au milieu d'un grand concours d'amis et de collègues. De nombreux discours ont été prononcés sur sa tombe; nous reproduisons les deux suivants: celui de M. Charpentier, au nom des médecins de la Salpêtrière,

et celui de M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

Discours de M. le D^r CHARPENTIER, *au nom des médecins de la Salpêtrière.*

Qu'il me soit permis, au nom des médecins de la Salpêtrière, d'apporter un dernier hommage à notre collègue et maître qui repose ici.

La simplicité, la douceur, la bienveillance, une grande perspicacité jointe à une activité et à un dévouement constants, telles furent les qualités qui ont dominé la carrière hospitalière de notre collègue. Sa vie s'est entièrement partagée entre le culte de sa famille qu'il chérissait, entre l'étude de notre science qu'il aimait tant et entre les soins donnés aux malades qu'il entourait d'une sollicitude dont il ne s'est jamais départi.

Cette sollicitude, il ne la bornait pas aux malades de son service, mais il l'étendait au public si nombreux du dehors qui, tous les vendredis de chaque semaine, affluait à sa consultation gratuite, qu'il avait créée et organisée dès 1882.

Cette même sollicitude il l'étendait aussi à tout le personnel de l'hôpital qui, à ses yeux, constituait une nouvelle famille, et quiconque venait réclamer ses conseils était sûr de trouver auprès de lui un accueil favorable.

Sa générosité était aussi grande que discrète, et seuls ont pu la connaître ceux qui en furent soit l'objet, soit les témoins.

En médecine mentale, il resta fidèle aux principes philosophiques et moraux qu'il avait reçus de son vénéré père; mais son esprit resta toujours accessible aux découvertes scientifiques ou aux innovations sous la réserve d'un contrôle puisé dans son expérience consommée.

A preuve, ses recherches sur le sphygmographe, qui, déjà à Bicêtre en 1866, le faisaient apprécier en épilepsie; à preuve aussi ses recherches sur l'anatomie pathologique de la folie, ses études soutenues sur l'hystérie et, dans un autre ordre d'idées, ses efforts persévérants pour obtenir les mises en liberté provisoire des malades de son service non encore guéris qui, à l'aide de ces sorties, venaient se retremper dans la vie de famille, empêcher ainsi les liens de famille de se relâcher et permettre ensuite la possibilité d'une sortie définitive.

Médecin avant d'être médecin aliéniste, médecin dans toute l'acception du mot, il a rapproché sans cesse la folie des autres maladies, en ne voulant y voir d'autre différence que des différences d'organes. Homme de conscience, il considérait comme profondément immoral, le fait de ne pas entourer de soins les malades incurables, sous le prétexte que ceux-ci ne pouvaient pas guérir.

Ses études dans l'hospice de la Salpêtrière, n'avaient pas seulement pour but d'augmenter l'éteudue de ses connaissances, ni de multiplier ses nombreuses communications scientifiques ; notre maître avait pris à cœur d'instruire toute une génération et, à cet effet, dès 1867, à peine entré à la Salpêtrière, il avait ouvert des cours pratiques qui, depuis, furent toujours suivis avec empressement et avec fruit. Son dévouement pour ses élèves fnt d'ailleurs sans borne ; le mois dernier encore, il en donnait des preuves touchantes. Ses rapports avec ses collègues furent toujours cordiaux et empreints de cet esprit de conciliation qui est si rare aujourd'hui, mais qui n'en constitue pas moins une nécessité première.

De telles qualités méritèrent à notre maître toutes les joies de la famille, la confiance de ses malades, l'attachement de son personnel, le respect de ses élèves, l'estime de ses collègues, une clientèle aussi nombreuse que choisie, les récompenses scientifiques et les titres honorifiques.

A. Voisin était un philosophe et un chrétien qui supportait les vicissitudes de la vie avec ce calme de l'âme que seule peut donner la parfaite conscience du devoir accompli ; il avait le sentiment intime que la vie est une traversée pénible et que la foi est la meilleure consolation des infortunés.

C'est le souvenir de ce sentiment profond que nous apportons ici comme la seule véritable consolation à la tristesse de ses nombreux amis réunis ici et à la profonde affliction de sa famille si péniblement éprouvée.

Discours de M. le Dr Ant. Ritti, *au nom de la Société médico-psychologique.*

Messieurs, la Société médico-psychologique est cruellement atteinte depuis quelque temps. Il y a cinq mois à peine, elle perdait en Mesnet un de ses membres les plus anciens et les plus distingués, une de ces intelligences élevées, de ces natures d'élite qui ne disparaissent pas sans laisser après elles d'unanimes regrets. Aujourd'hui, l'impitoyable mort, fauchant de nouveau dans nos rangs, nous enlève Auguste Voisin que nous voyions, il y a quelques jours encore, plein de vigueur et de santé, tout à cette vie de travail et d'activité qui fut toujours la sienne et qui lui permit d'accomplir dignement les tâches multiples qu'il avait assumées. Coup d'autant plus douloureux qu'il est imprévu, qu'il frappe parmi nous un de ceux qui ont rendu les services les plus signalés à notre Compagnie.

Pendant plus de vingt ans, Aug. Voisin a été notre trésorier, dirigeant nos modestes finances avec un zèle, un dévouement, une connaissance des affaires, un soin de nos intérêts, auxquels

ses collègues chargés d'apurer ses comptes rendaient tous les ans le plus éclatant hommage. La Société, reconnaissante, l'éleva, en 1894, aux honneurs de la présidence. Dans le cours de cette année où il dirigea nos travaux, Aug. Voisin eut la douce satisfaction de voir inaugurer les bustes de Baillarger et de Falret père à l'Hospice de la Salpêtrière; il prit, à cette mémorable cérémonie, la parole au nom des médecins de cet établissement et ce lui fut une grande joie de rendre un hommage mérité à ses maîtres, à ses devanciers, de rappeler leur glorieuse carrière, leur enseignement si fécond, de réveiller dans les cœurs des nouvelles générations, les souvenirs inoubliables de la grande Ecole de la Salpêtrière.

Si, de cette Ecole, Aug. Voisin fut l'élève assidu, il eut le rare bonheur d'en devenir un des maîtres écoutés et suivis. Les médecins, les jeunes étudiants qui venaient écouter ses leçons n'y entendaient pas de ces dissertations générales auxquelles se prête si facilement l'étude de la folie; c'étaient plutôt, avec l'examen clinique de quelques malades, des considérations pratiques sur le traitement et, surtout, des recherches anatomo-pathologiques, qui étaient l'objet de ces entretiens.

L'anatomie pathologique de la folie et la thérapeutique des maladies mentales, tels semblent avoir été les deux pôles, en quelque sorte opposés, vers lesquels se sont dirigées les investigations de notre savant collègue. A cette double direction de ses travaux, nous devons, d'une part, des recherches micrographiques sur les altérations de la cellule cérébrale dans la folie simple, et des descriptions plus exactes des lésions des vaisseaux et des éléments du système nerveux dans la paralysie générale; d'autre part, des connaissances plus précises sur l'efficacité du chlorhydrate de morphine dans le traitement des vésanies et sur l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses.

Aug. Voisin laisse, sur ces divers sujets qui passionnent et passionneront encore longtemps les médecins aliénistes, toute une série de travaux d'une incontestable valeur. Sans doute, le progrès incessant des sciences et, surtout, des méthodes d'observation en modifiera plus d'une des conclusions; mais les faits qui ont été définitivement établis n'en resteront pas moins comme les pierres d'attente d'édifices futurs.

Dans tous les cas, nous sommes convaincu que justice sera rendue à notre savant collègue, qui s'est efforcé de démontrer par les faits la possibilité de guérir la folie à l'aide de substances médicamenteuses agissant soit directement, soit indirectement sur le système nerveux. Sans doute, dans le développement de toute idée nouvelle, il faut faire la part de l'exagération; mais la pratique journalière, la discussion, les recherches contradic-

toires remettent bientôt la question au point, et si elle est née vivace, elle devient partie intégrante de notre capital scientifique, mais émondée cette fois de l'inutile et même du nuisible. C'est ainsi que les injections sous-cutanées de morphine, grâce aux travaux d'Aug. Voisin, sont définitivement entrées dans la thérapeutique des maladies mentales et qu'elles rendent les services les plus signalés dans le traitement des diverses formes de la mélancolie.

Ce n'est pas ici le lieu de rappeler, encore moins d'analyser, les nombreux mémoires scientifiques dus à la féconde activité de notre regretté collègue ; son esprit d'investigation s'était porté sur les sujets les plus divers et, souvent, en tirait quelque idée ou vue nouvelle. Par son œuvre il s'est montré le digne héritier du long passé de science et de labeur que lui a légué son ancêtre distingué, l'éminent aliéniste et philosophe Félix Voisin.

Aujourd'hui, tout entiers à notre deuil, nous ne voulons penser qu'au confrère aimable, à l'ami que nous perdons ; il fut bon, bienveillant, affable entre tous. Il laisse au milieu de nous non seulement le souvenir de ses travaux, mais aussi la trace profonde du bien qu'il a fait, sans ostentation, sans bruit. Puissent ces témoignages sincères de notre estime et de notre affection apporter quelque adoucissement à la poignante douleur de la compagne de sa vie, de sa nombreuse famille.

La Société médico-psychologique qu'il a tant aimée, dont il est un des bienfaiteurs, n'oubliera pas Aug. Voisin ; je suis l'interprète des sentiments de tous nos collègues en lui apportant, au bord de cette tombe, avec nos suprêmes adieux, cette dernière marque d'estime, de reconnaissance et de regrets.

Adieu, cher collègue et ami, adieu.

Dr Sisteray. — Nous apprenons la mort du Dr Sisteray, ancien médecin en chef d'asile d'aliénés, décédé le 5 juillet 1898, dans sa soixante et onzième année.

Le Dr Sisteray, né à Lectoure (Gers), le 30 octobre 1827, ancien interne et médecin-adjoint des asiles publics de Moulins, de Marseille, de Rodez et de Dijon, était en dernier lieu médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bordeaux, lorsque la maladie le força à quitter le service.

On doit à Sisteray une thèse de doctorat, estimée, intitulée : « Simulation de l'épilepsie aux points de vue de la pratique et de la médecine légale. » Il a collaboré aux *Annales médico-psychologiques*, dans lesquelles il a publié, entre autres, trois intéressants rapports médico-légaux, dont deux en collaboration avec notre excellent collègue, M. le Dr Delaporte ; tous trois sont d'importants documents de médecine légale et méritent d'être consultés.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

54. *Un accès de folie mystique.* — Un modeste fonctionnaire, M. Mangin, commis principal de l'administration des postes, est marié avec une femme excellente, mais dont la piété excessive a complètement perverti l'esprit. Ils ont une fillette de neuf ans, qui est un amour d'enfant : une blondinette aux cheveux bouclés et aux yeux bleus. Le ménage est d'ailleurs parfaitement heureux. M. Mangin gagne 300 francs par mois ; sa femme a quelque fortune ; la petite fille va régulièrement à l'école ; ses parents l'adorent ; on ne peut même reprocher à Mme Mangin — outre son dangereux mysticisme — que de témoigner trop d'affection à l'enfant, de l'entourer de trop de soins, de lui manifester, en un mot, une tendresse quelque peu morbide.

Hier, la petite Jeanne était encore couchée quand sa mère se leva, s'approcha de son lit et lui mit une chemisette neuve et sa belle robe du dimanche. L'enfant, tout heureuse et croyant à quelque fête, s'empressa d'obéir. Quand elle fut prête, sa mère, fébrilement, l'entraîna dehors tandis que M. Mangin dormait encore. Mais, au lieu de descendre, comme l'espérait sans doute la petite fille, sa mère la fit monter à l'étage supérieur.

— Viens ! lui dit-elle, nous serons plus près de Dieu !...

Au cinquième étage, une clef se trouvait dans la serrure d'une porte. Mme Mangin ouvrit et pénétra dans le logement. Elle se trouvait chez une dame, Mme Demanjeon, qu'elle connaissait à peine :

— Madame, lui dit-elle, je voudrais voir quelque chose par la fenêtre.

— Faites, Madame ! dit Mme Demanjeon un peu étonnée.

Mme Mangin, brusquement, ouvrit la fenêtre et saisissant son infortunée petite fille par les jambes, elle la précipita dans le vide. Puis, à son tour, elle enjamba la balustrade. Mais Mme Demanjeon et son fils, qui n'avaient pu prévoir l'abominable intention de la folle, intervinrent à ce moment et l'empêchèrent de se jeter dans la rue.

Cependant, la pauvre petite Jeanne, qui avait poussé un cri terrible, était tombée sur le vitrage de la marquise d'un marchand de vin qui se trouve au rez-de-chaussée. Celui-ci, M. Daudier, était sur le seuil de sa porte. Il arriva juste à temps pour recevoir dans ses bras le corps de la petite fille qui venait de traverser la marquise. La pauvre enfant n'avait qu'une blessure assez légère à la tête. Mais elle perdait du sang par la bouche. Transportée chez un pharmacien voisin, elle y a

reçu les premiers soins. On l'a ensuite transportée dans sa chambrette. Elle y repose, sa poupée entre les bras. Elle a un peu de délire. De temps en temps, elle s'écrie :

— Oh! non, maman, maman! je ne veux pas... Ne me jette pas en l'air...

Quant à la folle, elle est dans un état assez inquiétant. Interrogée par M. Garnier, commissaire de police, elle a dit :

— Il fallait que je fisse ce sacrifice à Dieu !

Comme elle ne cessait de réclamer sa fille en pleurant et en disant que Dieu l'appelait, on lui a montré un moment l'enfant endormie dans son petit lit. Puis on l'a emmenée à l'asile Sainte-Anne. (Le *Temps*, numéro du vendredi 20 mai 1898.)

55. *Uxoricide.* — On télégraphie de Troyes à l'*Agence Havas*, le 10 juin 1898 :

Cette nuit, aux Riceys, un vigneron, nommé Perthuisot, dans un accès de folie furieuse, a fendu la tête de sa femme avec une barre de fer et a pris la fuite après avoir réveillé sa petite fille. On croit qu'il est allé se noyer dans le Laignes. Depuis longtemps, Perthuisot manifestait l'intention de se suicider.

L'état de la victime est désespéré.

Des recherches sont opérées pour retrouver Perthuisot.

56. *Tentative d'homicide.* — On télégraphie d'Alençon au *Temps* (numéro du jeudi 23 juin 1898) :

Un cultivateur de Tinchebray, nommé Gigan, âgé de cinquante-six ans, devait, pour changer ses bestiaux de pâturage, passer par une barrière qui donne sur la propriété d'un de ses voisins, nommé Félix Thomas, avec lequel il vit en mauvais termes.

Au cours d'un de ces passages, ce dernier, qui était caché à une dizaine de mètres, tira à Gigan un premier coup de feu qui l'atteignit au côté droit et un second qui le frappa presque aussitôt au visage. Puis le meurtrier prit la fuite. L'état de Gigan est assez grave mais non désespéré. Quant à Thomas, il compte plusieurs aliénés dans sa famille et on le considère dans le pays comme ne jouissant pas de toutes ses facultés.

Il a été arrêté avec mille précautions dans un herbage, au moment où, son fusil chargé à balle, il s'apprêtait à tirer sur les gendarmes qui le poursuivaient. Il a été écroué à la prison de Domfront d'où il sera enfermé dans une maison de santé.

57. *Impulsion homicide d'un alcoolique.* — On lit dans le *Temps* (numéro du dimanche 3 juillet 1898) :

On ne dira jamais assez les méfaits de l'alcool. Hier encore, dans les environs de la place Maubert, le terrible malfaiteur a causé un drame, qui aurait pu être sanglant. Jean L... avait été longtemps un ouvrier mécanicien modèle, mais un jour vint, un jour de détresse morale ou de fête, où il but, et depuis ce fut

un client fidèle de ces « distilleries », qui pullulent aux abords de la place Maubert.

A ce régime, la folie vient vite. Elle vint d'autant plus vite pour L... que déjà un de ses parents avait été victime, de la même façon, de l'alcool. Hier, un peu avant midi, l'ouvrier quitta l'atelier, en proie à une surexcitation fébrile. Ses camarades prêtèrent peu d'attention à ce départ, car ils étaient habitués à voir L... dans cet état anormal.

Chez lui, il se mit à table. Il déraisonnait déjà. Mais à peine avait-il porté une cuillerée de soupe à la bouche qu'il se dressa, terrible.

— Ah! coquine, elle est trop salée! Tu vas me le payer.

En moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, il fit passer par la fenêtre la soupière et la vaisselle; il s'empara d'un « merlin », énorme marteau qui lui servait dans son travail, et se jeta sur sa femme.

Celle-ci, s'attendant à cette attaque, put esquiver le coup; mais, comme elle se précipitait vers la porte, elle heurta une chaise et tomba. Le malheureux fou leva une seconde fois son merlin; sa main tremblait, heureusement. La femme fut atteinte à l'épaule gauche, très légèrement, et elle s'évanouit.

A ce moment, les voisins arrivèrent, mis en éveil par le bruit et surtout par les hurlements de fauve que poussait L... Des agents vinrent aussi. Il fallut dix minutes pour s'emparer du fou et le ligotter.

A la crise succéda un abattement absolu; on dut porter L..., comme une chose inerte, au commissariat de police, d'où le magistrat, M. Berthelot, le fit diriger sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. Quant à la blessure de la femme, ce n'est qu'une contusion sans importance.

58. *Folie meurtrière.* — On nous télégraphie de Grenoble qu'hier matin, samedi, le cadavre d'un homme d'une soixantaine d'années ayant l'épaule gauche presque détachée du corps a été découvert sur un chemin qui longe les escarpements de la Grande-Sure, pic de 2,050 mètres d'altitude du massif de la Grande-Chartreuse, sur le territoire de Saint-Joseph-de-Rivière. Il résulte de l'enquête que la victime est un sieur Etienne Ravier-Rougère, cultivateur.

Le meurtrier, arrêté hier soir après une poursuite mouvementée par des paysans armés de fourches, se nomme Antoine Roulet, dit Gros, cultivateur à Saint-Julien-de-Ratz. Roulet est sujet à des accès d'aliénation mentale. C'est pendant un moment de démence qu'il a tué à coups de faux Ravier-Rougère qu'il avait rencontré dans les pâturages de la Grande-Sure. (Le *Temps*, numéro du lundi 11 juillet 1898.)

59. *Vers la mort.* — M^me^ Clément Beugnez, âgée de qua-

rante ans, était atteinte depuis longtemps de la monomanie du suicide.

Elle essayait il y a quelques jours de se donner la mort en avalant un flacon de laudanum. Mais la dose était trop forte et la désespérée en fut quitte pour de violents vomissements.

Voyant que le poison ne lui réussissait pas, la pauvre femme se pendit; mais des voisins l'avaient aperçue et coupèrent la corde.

Hier enfin Mme Beugnez se jeta à deux reprises dans le canal de l'Ourcq. Elle fut chaque fois repêchée par des passants qui la reconduisirent à son domicile, rue Saint-Médéric.

Deux heures plus tard, la femme se précipitait par la fenêtre de sa chambre, située au deuxième étage.

Elle jouait de malheur, car ses jupes s'accrochèrent à une persienne et elle resta suspendue dans le vide.

Aux cris poussés par l'infortunée, le propriétaire de l'immeuble accourut et retira Mme Beugnez de sa situation périlleuse.

Peu reconnaissante, l'opiniâtre femme, dès qu'elle fut dans sa chambre, insulta son sauveteur, auquel elle déclara qu'elle essaierait un nouveau genre de suicide et que, cette fois, elle atteindrait son but. (Les *Droits de l'homme*, numéro du dimanche 31 juillet 1898.)

60. *Drame de la folie.* — Un drame s'est déroulé au village de Pradeaux, près d'Issoire (Puy-de-Dôme).

Un nommé Antoine Vigier, âgé de quatre-vingt-quatre ans, a, dans un accès de folie sénile, tué sa femme, âgée de quatre-vingt-cinq ans, et s'est ensuite fait justice en se jetant dans l'Allier, où l'on a retrouvé son cadavre (Le *Siècle*, numéro du 31 juillet 1898.)

61. *Un baigneur récalcitrant.* — Samedi, quai de l'Archevêché, non loin du pont, un individu, après s'être complètement dévêtu, se jetait à l'eau et ne tardait pas à prendre ses ébats au milieu du fleuve.

Deux gardiens de la paix lui crièrent qu'il était interdit de se baigner en cet endroit, mais le nageur leur fit un pied de nez.

Les agents se mirent en devoir de le poursuivre en bateau. Mais cet étrange individu semblait avoir juré de se jouer de l'autorité, car ce fut en vain que plusieurs barques le cernèrent. Au fur et à mesure que l'une d'elles s'approchait de lui, il plongeait, passait au-dessous de l'embarcation et allait ressortir 20 mètres plus loin.

Cette chasse se prolongea pendant plus d'une heure, au grand amusement des curieux qui y assistaient. Elle ne cessa que lorsque, pris d'une crampe, l'excellent nageur coula tout à coup.

Alors un des agents put le saisir et c'est complètement inanimé que l'étrange individu fut ramené sur la berge. On ne put lui faire reprendre ses sens qu'au bout d'une heure d'efforts. On reconnut qu'on avait affaire à un fou.

C'est un commerçant domicilié rue Galande, M. Jérôme Hormst, âgé de quarante ans, qui pris de folie, était parti de chez lui après avoir tout brisé, en criant qu'il allait se jeter à la Seine. (Le *Siècle*, numéro du 3 août 1898.)

62. *Un fou furieux.* — Un journalier, nommé Alfred Cotin, âgé de cinquante ans, demeurant, 62, rue de Paris, à Saint-Denis, pris hier d'un accès de folie furieuse, s'arma d'une énorme barre de fer avec laquelle il se mit à briser tout son mobilier.

Quand son logement fut complètement démoli, l'aliéné descendit l'escalier en courant et pratiqua la même opération dans la loge de son concierge.

Celui-ci s'enfuit épouvanté et courut prévenir des agents de service.

Mais dès que Colin aperçut les gardiens de la paix, il se réfugia dans son logement où il se barricada avec les débris de ses meubles et reçut les agents à coups de revolver.

Enfin, après une lutte acharnée qui dura près d'une heure, on parvint à s'emparer du forcené qu'il ne fallut pas moins de dix hommes pour maîtriser et ligotter.

M. Mazurié a fait aussitôt diriger ce fou dangereux sur l'infirmerie spéciale du Dépôt. (L'*Aurore*, 5 août 1898.)

63. *Ne réveillez pas le fou qui dort.* — Patin, un pauvre d'esprit qui habite à Bigny-Vallenay (Cher) avec son beau-père et sa grand'mère, la famille Cocu, faisait sa sieste, lorsqu'il fut réveillé subitement pour aller au travail. Furieux, il s'arma de son sabot et en frappa fortement à la tête son beau-père qui s'enfuit en appelant au secours. Patin tourna alors sa fureur contre la veuve Cocu qui est octogénaire, et, à coups de sabot, lui fracassa le crâne. Elle expira presque aussitôt.

On a arrêté le meurtrier au moment où il allait se jeter dans le canal. (Le *Temps*, numéro du jeudi 11 août 1898.)

64, 65 et 66. *Brelan de fous.* — Août a toujours été fatal aux alcooliques et aux dégénérés, dont la pauvre cervelle a peine à résister aux ardeurs d'un soleil torride. Aussi est-ce le mois de l'année où l'infirmerie du Dépôt reçoit le plus de pensionnaires. Rien que dans la journée d'hier on y en a envoyé trois, des commissariats de police de la Madeleine et de la Chaussée-d'Antin.

D'abord, un homme qui, en longue redingote et chapeau haut de forme, s'était tout à coup jeté à plat ventre sur le terre-plein de l'Opéra et remuait désespérément bras et jambes. Des passants accoururent pour le secourir. Mais lui de s'écrier alors :

— Sauvez-vous, sauvez-vous, je suis électrisé. Prenez garde de vous faire foudroyer.

Le souvenir du récent accident de Levallois fit un moment écarter les curieux ; mais un gardien de la paix, moins impressionné, s'approcha, releva le fou et le conduisit chez M. Guérin.

Une heure plus tard, autre scène, rue de Provence : Une femme élégante descend de voiture, entre dans la boutique d'un charcutier, et, s'emparant d'une superbe hure de sanglier, la découpe et en offre les morceaux aux passants. Lorsque le commerçant, inquiet, veut l'arrêter, elle se défend avec un long couteau pris par elle sur une table, et ce n'est qu'après une lutte dangereuse qu'on peut la conduire au poste.

Enfin, hier soir, vers sept heures, M. Daucla, architecte, descendait la rue de Rome en causant avec une dame, lorsque tout à coup il ressentit une vive douleur dans le dos. C'était encore un fou, nommé Hourt, tailleur sans ouvrage, qui venait de le frapper d'un coup de couteau entre les deux épaules.

Prosper Hourt ne connaissait d'ailleurs nullement M. Dancla ; au milieu de ses réponses incohérentes, on a pu démêler seulement qu'il n'avait pas dîné faute d'argent et qu'il avait voulu frapper un bourgeois (Le *Temps*, numéro du dimanche 14 août 1898).

67. *Fou dangereux.* — Les habitants de la rue Victor-Hugo, à Pantin, étaient brusquement réveillés, la nuit dernière, par une vive fusillade qui semblait partir d'un terrain vague servant de remise aux maraîchers.

Des agents furent aussitôt prévenus et se transportèrent à l'endroit indiqué, où ils trouvèrent un individu qui, armé de deux revolvers et portant un fusil en sautoir, courait en tirant des coups de feu.

Les gardiens de la paix, après une poursuite acharnée parvinrent à s'emparer de cet étrange tireur, qu'ils conduisirent au commissariat de police.

Interrogé par M. Feigard, cet homme déclara qu'il venait de remporter une grande victoire sur les Abyssins et qu'il allait être nommé général.

Le pauvre fou, qui se nomme Gabriel Fontaine, âgé de cinquante-deux ans, a été envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt. (L'*Aurore*, numéro du lundi, 15 août 1898.)

68. *Dans un puits.* — Un journalier, nommé Joseph Marinier, âgé de cinquante-quatre ans, demeurant 74, rue Sadi-Carnot, donnait depuis quelques jours des signes d'aliénation mentale.

Hier, ce malheureux s'enfuit dans son jardin et après avoir saccagé tous ses arbres fruitiers se précipita dans un puits.

Des voisins volèrent au secours de l'infortuné et le repêchèrent.

Tous leurs soins pour le ranimer furent inutiles. Il expira sans avoir repris connaissance. (L'*Aurore*, numéro du lundi, 22 août 1898.)

69. *Une alcoolique tuant son enfant.* — On lit dans le *Temps* (n° du samedi 27 août 1898) : On vient d'écrouer à la prison d'Evreux une femme Chaigneau qui a tué dans des circonstances horribles la seconde de ses trois enfants, une fillette de huit ans. On l'avait vue dans la soirée, à Boisset, buvant de l'eau-de-vie et forçant son enfant à en boire avec elle, et comme la petite malheureuse, ivre à son tour, refusait de continuer, elle avait trempé du pain dans l'eau-de-vie et le lui avait fait avaler. Un peu plus loin, des passants lui avaient fait des observations au sujet du sang qui souillait la figure de l'enfant.

Vers onze heures on frappa violemment à la porte des époux Bousselet, demeurant à Fresnez ; c'était la femme Chaigneau qui, absolument ivre, portait dans ses bras le corps complètement nu et ensanglanté de son enfant. Elle demanda l'hospitalité, disant que sa fillette était bien malade, qu'elle avait froid ; on eut pitié de l'enfant et on accueillit favorablement la requête de la misérable qui, aussitôt qu'elle eut déposé sa victime sur une table, s'en alla en courant dans un café où elle demanda encore à boire.

Les gens chez qui la fillette avait été déposée s'aperçurent vite qu'elle était morte.

De l'interrogatoire il résulte que cette mère odieuse a déshabillé son enfant et, la prenant par les pieds, lui a frappé la tête sur le sol de la route jusqu'à ce qu'elle soit morte ; elle l'a frappée aussi d'une bouteille vide et de son parapluie, à la poignée duquel adhèrent encore des cheveux : enfin, elle a dû la traîner nue sur le chaume d'un champ de blé fraîchement coupé, ce qui a occasionné les déchirures de la chair.

La femme Chaigneau est une alcoolique incohérente ; après avoir raconté ce qui précède elle déclare ne se souvenir de rien.

70. *Gendarme tué par un aliéné.* — On télégraphie d'Agen au *Temps* (numéro du mercredi 31 août 1898) :

Avant-hier soir, après souper, un sieur Tarrenque, propriétaire à Blaymont, se rendit au village de Cauzac, distant de cinq kilomètres, avec l'intention de tuer ses anciens maîtres, les époux Tuffal, à l'égard desquels il nourrissait une haine sourde pour des motifs inconnus.

Tarrenque s'était muni d'un revolver et d'une vingtaine de balles. Il en tira deux sur la femme Tuffal et cinq sur le mari, sans les atteindre, puis se précipita sur ce dernier et le blessa légèrement de plusieurs coups de couteau.

Les époux Tuffal, affolés, appelèrent au secours. Tarrenque, effrayé, s'enfuit et rentra chez lui.

Les gendarmes de Beauville, prévenus vers onze heures du soir, partirent hier matin et, accompagnés du maire de Blaymont, trouvèrent Tarrenque sur un talus voisin de sa maison. L'un des gendarmes lui demanda à voir son livret militaire. Tarrenque pria sa mère, qui était avec lui, d'aller le chercher.

Alors l'autre gendarme se précipita sur Tarrenque. Un corps-à-corps terrible eut lieu. Les deux hommes enlacés roulèrent dans le fossé. Pendant cette lutte et au moment où le gendarme s'y attendait le moins, Tarrenque sortit brusquement de sa poche l'énorme couteau de cuisine avec lequel il avait frappé la veille le sieur Tuffal et en porta un coup violent sous l'aisselle gauche du gendarme. La lame s'enfonça jusqu'au poumon qui a été perforé.

Le gendarme, nommé Marre, s'écria : « Il m'a tué! » Les deux autres gendarmes et le maire s'emparèrent du forcené et donnèrent les premiers soins au blessé.

Tarrenque déclare qu'il a frappé pour se défendre. La vérité est que le malheureux ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. On a trouvé sur lui un revolver chargé encore de quatre balles, et il avait dans sa poche douze autres balles.

Tarrenque vivait pauvrement et seul avec sa vieille mère ; il est âgé de trente-deux ans.

Le gendarme Marre est âgé de quarante ans environ, marié et père de famille. La blessure est des plus graves. Le médecin n'a pas encore pu se prononcer sur les suites possibles.

LES SUICIDES EN ITALIE EN 1896

La statistique des suicides en Italie, pendant l'année 1896, montre un accroissement de 50 p. 100 sur les dix années antérieures.

Le total s'élève à 2,000, ce qui donne une mortalité de 6,41 pour 100,000 habitants. Sur ce total on compte 1,404 hommes et 596 femmes.

Les gens mariés sont au nombre de 813; les célibataires, de 884; les veufs, de 177 et les veuves, de 61.

Le plus grand nombre des suicides s'observe en été, 614, et au printemps, 572; l'automne n'en compte que 404.

Pour le choix des moyens, les suicidés par armes à feu tiennent le premier rang, 498; ceux qui préfèrent l'eau sont presque aussi nombreux, 415; 306 se sont pendus; 168 ont choisi le poison; 105, l'asphyxie; enfin, 156 se sont précipités d'un lieu élevé.

Les causes de cette augmentation du nombre des suicides en-

Italie peuvent être attribuées aux difficultés plus grandes de la vie et aux charges de plus en plus lourdes qui pèsent sur le pays.

Cependant l'auteur de cette statistique fait intervenir un autre facteur, à savoir la diffusion de l'instruction.

Les régions où la proportion des suicides est le plus élevée sont, en effet, celles où l'instruction est le plus répandue. Le chiffre maximum s'observe, en effet, dans la province de Rome : 11,43 pour 100,000 habitants; puis viennent l'Emilie et la Ligurie, 10,11 ; la Lombardie, 7,17.

Au contraire, dans les provinces où l'instruction est plutôt négligée, la proportion atteint à peine 2 à 3 pour 100,000 : 3,94 dans la Pouille; 2,92 dans la Basilicate, et 2,39 dans la Calabre.

(*Revue scientifique*, numéro du 16 juillet 1898.)

FAITS DIVERS

Suicide par la dynamite. — Ou télégraphie de La Grand' Combe à l'*Agence Havas*, 3 juillet 1898 :

Un ouvrier mineur de la compagnie, nommé Albert Teissonnière, s'est suicidé ce matin au moyen de la dynamite. S'étant couché à plat ventre sur son lit, après avoir placé une cartouche sous le bois, il y a mis le feu. Une explosion formidable s'est produite; elle a attiré les voisins, qui ont trouvé le cadavre le ventre ouvert. Dans une lettre laissée par Teissonnière, celui-ci dit : « C'est ma famille qui, pour des raisons d'intérêts, est cause de ma mort. »

Club féminin pour suicide aux Etats-Unis. — La police de New-York avait cru avoir supprimé, il y a deux ans, le club pour suicide qui existait entre hommes seuls, et qui avait amené nombre de morts volontaires parmi ses membres, lesquels, après avoir tiré au sort et pris un mauvais billet, devaient se tuer dans un délai donné. Elle vient de constater la formation d'un club semblable pour femmes. L'autre jour, une jeune fille, nommée Bessie Dumbar, appela une amie dans sa chambre, lui dit : « C'est mon tour de mourir aujourd'hui, » et avala une quantité d'acide carbolique. Un médecin appelé en hâte ne put que constater la mort. La victime antérieure était miss Minnie Clark, qui s'empoisonna le 16 juin au coin de Broadway et de la 21e rue. Bessie Dunbar était avec elle. Les trois précédentes victimes furent Tillie Lorreson, Mary Crepoe et Annie Cooper. Presque toutes étaient jeunes et jolies. Aucune n'était pauvre. Nulle raison spéciale de se tuer. Le Club avait été formé il y a six mois. Le nombre des membres était limité. Chaque mois on tirait au sort et la victime devait se tuer dans le cours des

quatre semaines suivantes. La police a arrêté toutes les survivantes. (Le *Temps*, numéro du lundi 18 juillet 1898.)

Un aliéné à l'Hôtel-Dieu de Paris. — On lit dans les *Droits de l'homme* (numéro du dimanche 31 juillet 1898) :

Un représentant de commerce, Marcel Broutiez, âgé de quarante ans, demeurant rue Vieille-du-Temple, dangereusement malade, étant depuis quelque temps soigné à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, présentait des symptômes non équivoques d'aliénation mentale et faisait l'objet d'une surveillance spéciale de la part des infirmiers.

En effet, le malheureux avait une étrange manie. La nuit, il se levait, et, rampant sur le parquet de la salle, se glissait auprès des lits de chacun des malades, auxquels il causait de réelles terreurs, et absorbait les différents médicaments qui leurs étaient destinés et qui étaient placés à côté d'eux.

Cette marotte présentait le double inconvénient de priver tout d'abord les malades des remèdes dont ils avaient besoin et d'introduire dans l'estomac du pauvre fou un étrange mélange composé de remèdes les plus divers qu'il absorbait ainsi, et qui pouvaient lui être des plus nuisibles.

Malgré la vigilance du personnel, Broutiez parvenait toujours à tromper la surveillance dont il était l'objet ; aussi se demandait-on si l'on ne devait pas le diriger sur un asile d'aliénés, quand un de ses derniers exploits vint brusquer cette décision.

L'avant-dernière nuit, fatigué d'entendre le râle d'un moribond dont le lit était voisin du sien, le malheureux aliéné se leva, se rua sur l'infortuné et, lui jetant oreillers et couvertures sur le visage, se mit en devoir de l'étouffer afin de ne plus être importuné par le bruit de son agonie.

Les infirmiers, avertis par les autres malades, intervinrent juste à temps pour débarrasser le moribond de l'étreinte du fou qu'on eut toutes les peines du monde à maîtriser, tant la fureur décuplait ses forces.

Informé par la direction de l'hôpital que le malheureux constituait un danger permanent pour les autres malades, M. Fédée, commissaire de police du quartier Notre-Dame, a fait diriger l'aliéné sur l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Accès d'ivresse furieuse. — On télégraphie de La Spezzia, le 15 août, à l'*Agence Havas* : « On mande de la Spezzia qu'un soldat du 23e régiment d'infanterie, Ceresa Gastaldo, étant en état d'ivresse, prit son fusil, après une altercation avec un camarade, et fit feu sur ses camarades de la chambrée ; il tua deux soldats. Ayant pris la fuite, il tira contre les sentinelles, qui ripostèrent sans l'atteindre. Dans sa course, il tua encore un vieux paysan. On ne put l'arrêter que lorsqu'il n'eut plus de munitions. »

Suicide à deux. — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du mardi 16 août 1898) :

Mme Claire Salle et Mme Daniel, femmes de deux employés d'usine, habitaient sur le même palier, au premier étage de l'hôtel meublé tenu par M. Rivaut, 22, rue de Paris, à Châtillon.

Bien que n'étant âgée que d'une vingtaine d'années, Mme Salle souffrait d'une cruelle maladie. Elle était hantée par des idées de suicide qu'elle fit partager à sa voisine.

Les deux femmes eurent les mêmes dispositions d'esprit; elles ne tardèrent pas à trouver la vie insupportable et résolurent de l'abréger.

Hier matin, dès qu'elles furent seules, vers sept heures, elles prirent le parti de mourir.

Mme Daniel alla acheter des fleurs et son amie mit en ordre les deux chambrettes.

Elles écrivirent quelques lettres d'adieu, déjeunèrent, allumèrent ensuite un poêle qu'elles bourrèrent de charbon de bois, et après avoir enlevé le tuyau, dans une chambre close hermétiquement, elles attentirent la mort.

L'odeur du charbon se répandit dans la maison.

Vers dix heures, des voisins s'approchèrent de la porte et, soupçonnant un malheur, appelèrent le logeur, qui envoya chercher un serrurier.

M. Susset, commissaire de police de Montrouge, immédiatement prévenu, ainsi que le docteur Maigret, ne purent que constater le décès des deux jeunes femmes. Elles étaient étendues, côte à côte, sur le lit, les maintes jointes sur la poitrine et paraissant dormir.

Un aliéné assassiné par un infirmier. — On lit dans le *Temps* (numéro du jeudi 1er septembre 1898) :

« Une affaire sensationnelle occupe en ce moment le parquet du tribunal de Berlin. Le nommé Schneider, premier infirmier à une clinique de maladies nerveuses établie près de Berlin, à Charlottenbourg, avait roué de coups le nommé Glauert, pensionnaire de l'établissement, atteint de phtisie médullaire, au cours d'un accès de folie furieuse.

« A la suite des mauvais traitements subis, Glauert avait perdu connaissance et on avait constaté une fracture des côtes. Schneider, craignant d'être dénoncé au médecin, prit le parti de se débarrasser du vieillard en l'empoisonnant. Il lui fit absorber une telle quantité de chlorhydrate que Glauert mourut. Schneider a été mis en état d'arrestation. »

XIII[e] CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE.

(Paris, 2-9 août 1900.)

Section de psychiatrie.

Le Comité d'organisation de la section de psychiatrie du Congrès international de médecine, qui se tiendra à Paris, du 2 au 9 août 1900, s'est réuni, le mardi 2 août, à 4 heures, à Angers, à l'issue de la séance du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes, sous la présidence de M. Magnan. La plupart des membres de la province y assistaient.

M. le Secrétaire général donne communication de lettres d'excuse de MM. Mairet et Taguet, puis on passe au vote pour la nomination de deux vice-présidents choisis parmi les médecins aliénistes de province. Sont nommés par acclamation:

MM. PIERRET, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de Lyon, médecin en chef de l'asile de Bron ;

CULLERRE, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée).

Enfin, M. le Secrétaire général donne lecture de la liste des questions et fait connaître les noms des rapporteurs qui ont accepté de les traiter.

Pathologie mentale. — *Psychoses de la puberté.*

Rapporteur pour l'Allemagne : M. TH. ZIEHEN, professeur à l'Université d'Iéna.

Rapporteur pour l'Italie : M. MARRO, médecin-directeur du manicome de Turin.

Rapporteur français : M. J. VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Anatomie pathologique. — *Anatomie pathologique de l'idiotie.*

Rapporteurs pour l'Angleterre : MM. SHUTTLEWORTH et FLETCHER BEACH.

Rapporteur pour la Russie : M. MIERZEJEWSKI, de Saint-Pétersbourg.

Rapporteur pour la France : M. BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre.

Thérapeutique. — *De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés.*

Rapporteur pour l'Allemagne : M. CLEMENS NEISSER, médecin de l'asile de Leubus.

Rapporteur pour la Russie : M. KORSAKOFF, de Moscou.

Rapporteur pour la Belgique : M. Morel, de l'asile de Mons.

Médecine légale. — *Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.*

Rapporteur pour l'Autriche : M. le professeur de Krafft-Ebing, de Vienne.

Rapporteur pour l'Italie : M. le professeur Morselli, de Gênes.

Rapporteur pour la France : M. Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police.

Plusieurs médecins étrangers ont déjà écrit à M. le Président et à M. le Secrétaire général, approuvant le choix des questions, fait par le Comité, et se sont inscrits pour prendre la parole : d'autres se sont proposés comme rapporteurs ; mais ceux-ci devant être limités et ayant été définitivement choisis, il a été répondu à ces honorables confrères que le Comité serait heureux de les voir apporter le résultat de leur expérience en venant prendre part aux discussions que ne manquera pas de susciter l'exposé des rapports.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

LES PHÉNOMÈNES DE LA DISTRACTION CÉRÉBRALE ET LES ÉTATS DITS DE DÉDOUBLEMENT DE LA PERSONNALITÉ

Par le Dr LAUPTS

On s'est beaucoup occupé en ces temps derniers du phénomène dit de dédoublement de la personnalité. Bien des personnes se sont émerveillées du dernier cas signalé à l'atteution publique (celui de la voyante de la rue de Paradis), et ont cherché maintes explications. De sérieux articles, écrits par des gens de science, ont mis les choses au point, expliqué le mécanisme de phénomènes de ce genre avec une autorité qui convaincra certainement les plus incrédules. Si je demaude, après tous, à dire encore un mot sur la question, c'est parce qu'il me semble tout à fait indispensable non seulement d'insister sur la sim-

plicité de ces cas à apparences terrifiantes pour ceux qui ne les connaissent point, mais encore de démontrer l'analogie qu'ils présentent avec les états hypnotiques et même avec certains états habituels, on pourrait dire normaux de la vie mentale de l'homme. Peut-être m'objectera-t-on que je fais quelques hypothèses non vérifiées, non vérifiables en l'état actuel de la science. Je ne pense point que l'hypothèse, quand elle est présentée comme telle et qu'elle est raisonnable, puisse être imputée à crime à qui que ce soit.

La physiologie moderne nous a révélé dans le cerveau l'existence de centres de la mémoire des formes et des mots. Inutile de rappeler les travaux sur le langage intérieur (1), ni que Charcot rangeait les hommes en trois catégories : les visuels, les auditifs et les moteurs, auxquelles il en ajoutait une autre : celle des indifférents. Dans la première, il classait tous ceux qui lisent ; dans la deuxième, ceux qui entendent ; dans la troisième, ceux qui prononcent mentalement les mots de leurs pensées. Enfin il faisait des indifférents (ceux qui indifféremment lisent, entendent et prononcent), la plus importante de toutes, par le nombre des sujets qui la compose. Charcot avait ainsi tracé un admirable schème : dans la pratique on constata que la formule endophasique est généralement complexe, que l'on rencontre non des auditifs, des moteurs et des visuels, mais des auditivo-moteurs, des auditivo-visuels..., que l'indifférence, si elle existe, est exceptionnelle, et que l'égalité dans le fonctionnement des trois centres chez un même sujet peut être considérée comme une conception toute théorique (2).

(1) Voy. *La Parole en public*, de Ajam. Paris, Chamuel, 1895.
(2) Je renvoie le lecteur pour l'étude détaillée de ce sujet à : *Essais sur le langage intérieur*. Paris, Masson, 1853.

Quoi qu'il en soit, ces centres ont dans le phénomène de l'idéation une importance considérable ; ils ne sont point la pensée, mais ils sont de la pensée la forme finie, mesnrable, appréciable et transmissible. Même pour soi il est difficile, sinon impossible, de penser sans mots entendus, lus ou prononcés (souvent simultanément lus et entendns ou entendus et prononcés), mentalement accompagnés d'images non verbales, auditives, visuelles on motrices en quantité plus ou moins consisidérable, selon la constitution psychologique même du sujet. Les mots et les images sont donc des éléments que l'on peut considérer comme indispensables non seulemeut à la parole, mais même à la pensée. Ils la déterminent, la précisent, l'astreignent à des limites d'une valeur déterminée. lls n'en sont point l'âme, car dans la pensée il y a quelque chose de plus qu'une image et un mot : il y a la pensée elle-même ; mais ils en sont le véhicule, la trame, l'expression.

Si importants, en effet, qu'ils soient, les centres du langage intérieur et des différentes mémoires ne sont jamais qne des centres secondaires, des ceutres domestiques qui, dans l'état normal d'un organisme et d'un intellect sains, doivent être des adjuvants précieux à la pensée sans jamais la commander. Ce sont des réservoirs dans lesquels nous puisons les éléments iudispensables pour indiquer nos pensées, pour en délimiter pour uous et ponr les autres la valeur qualitative et quantitative ; ce ne sont point, ce ne doivent pas être, à l'état normal, les éléments directeurs mêmes de notre idéation. Un exemple : à l'état de veille le mot vaisseau ou l'image visuelle d'nn vaissean pourra nous conduire aux mots et aux images : tempête, naufrage, île déserte, etc... Nous demeurons libres de snivre ou de ne pas suivre le déclauchement par propagation de l'éveil les uns aux autres de ces mots, de ces images et des idées représentées par elles et

de passer à un autre sujet. Au contraire, à l'état hypnotique ou dans le simple état de rêve survenant dans le sommeil ordinaire, l'image vaisseau amènera toute une série d'autres images, par exemple : mer, poissons, pêcheurs, barques, tempête, etc..., que le sujet subira (1).

C'est que dans ces cas les éléments du phénomène sont différents : ce n'est plus la pensée qui choisit le mot ou l'image, mais le mot ou l'image qui s'imposent, représentent et simulent des pensées ou des séries de pensées.

Pour mieux nous faire comprendre, supposons dans le cerveau intelligent deux groupes de centres :

a) Des centres de la mémoire et du langage intérieur, centres subalternes, centres domestiques, normalement soumis aux seconds et dirigeables par eux.

b) Des centres de coordination intellectuelle supé-

(1) Au cours d'un article sur le fonctionnement cérébral pendant le rêve et pendant le sommeil hypnotique, j'écrivais dans les *Annales médico-psychologiques* (nov.-déc. 1895) : Le rêve peut être constitué par des manifestations de l'activité d'un, de deux, de plusieurs centres cérébraux. On peut même constater que certains états comportent non plus des vibrations de telle zone indispensable, mais à rôle secondaire, telle que les zones d'emmagasinement des sensations visuelles, auditives, verbales, etc., mais de véritables actes d'intelligence émanant de centres beaucoup plus importants au point de vue psychique, puisqu'ils sont constitués et par des raisonnements plus ou moins compliqués et par des phénomènes d'observation, voire même d'autoobservation. A vrai dire, il ne s'agit jamais que de la réapparition d'actes, de courants élaborés à l'état de veille ; ces actes, ces courants suivent en zigzag la voie d'effort moindre, c'est-à-dire d'excitabilité plus grande des parties avec lesquelles les cellules vibrantes se trouvent en rapport. Mais entre la veille et le rêve, si généralisé que soit ce dernier, il y a toujours une différence ou plutôt des différences.

1° Le manque de coordination logique des divers éléments du rêve. Il y a coordination mécanique, physique, si l'on peut s'exprimer ainsi, c'est-à-dire que l'excitation de telle cellule se transmet à telle autre, en vertu des relations de voisinage ou de communication facile avec cette dernière ; mais il n'y a pas coordination logique ou imposée, puisqu'une image amène l'apparition d'une autre, pouvant lui ressembler, il est vrai, par certains

rieure, actionnée (hypothèse spiritualiste) ou non (hypothèse matérialiste) par une force de nature spéciale, qui font la pensée, dirigent et commandent les premiers.

A l'état *normal*, ces centres, que l'on peut pour la facilité de la discussion et la simplification du raisonnement appeler en bloc le *centre supérieur*, à l'état normal, ce centre supérieur dispose entièrement des centres du langage intérieur, et de la mémoire, il ne prend en eux que les éléments dont il a besoin, maître d'accepter les uns et de repousser les autres (1).

La personnalité complète s'affirme complètement, intérieurement et extérieurement, par les signes qui lui sont adéquats.

Au contraire, dans les états que nous allons passer en revue, les centres d'habitude secondaires et subordonnés au centre supérieur fonctionnent d'une façon indépen-

caractères, mais non celle à laquelle elle devrait rigoureusement aboutir à l'état normal de veille.

Les fragments de raisonnement logique qui parsèment et traversent le rêve ne sont que la reproduction d'identiques fragments d'argumentation faite à l'état de veille, mais qui, dans le premier cas, aboutissent par superpositions à des absurdités, tandis que, dans le second, ils sont les parties d'un tout harmonieux et raisonnable ;

2° La passivité absolue dans l'apport des matériaux. En effet, au cours du rêve, les images, les raisonnements défilent d'une façon absolument automatique et non modifiable par le dormeur.

Manque de coordination logique entre les éléments du rêve, passivité dans leur apport, telles sont les deux grandes caractéristiques de cet état ; tels sont les signes distinctifs qui différencient le champ psychologique du dormeur de celui de l'homme éveillé.

Or, il est possible et même logique d'admettre que ces différences correspondent à des différences de fonctionnement, et que, chez l'homme éveillé, il y a dans le cerveau quelque chose qui fonctionne en plus de ce qui fonctionne dans le cerveau du dormeur.

Ce quelque chose sera le on les centres de coordination intellectuelle supérieure.

(1) Il est bien évident néanmoins que le centre supérieur reçoit des centres secondaires des excitations, qu'il peut, même à l'état normal de santé, subir dans une mesure appréciable.

dante du centre supérieur et leurs manifestations, jointes à celles des centres non intellectuels du cerveau, s'affirment au dehors par des mots, des gestes, des actes, auxquels les centres supérieurs restent tout à fait étrangers. On bien ces derniers sont endormis, ou bien ils agissent seuls sans l'aide des centres secondaires ou avec l'aide seulement de quelques-uns d'entre eux. La personnalité vraie n'en subsiste pas moins, que son état soit celui de la veille ou celui du sommeil ; en ce dernier cas, elle ne se manifeste pas, parce que les centres qui la font dorment, mais elle existe et le mot de dédoublement de la personnalité, appliqué à une foule de phénomènes, est peut-être souvent un peu trop ambitieux pour désigner la simple individualisation du fonctionnement de certains centres, individualisation survenant sous l'influence de moyens variés, soit même spontanément, et dans les états les plus normaux et les plus habituels de notre vie mentale.

Appliquons en effet cette donnée à l'examen de différents états ; nous pourrons constater qu'il est possible de ramener à la *simplicité* et à l'*unité* des phénomènes d'apparence variable, parfois tout à fait déconcertante.

Un des états les plus curieux et les moins étudiés est celui du rêveur, lors du sommeil normal (1). J'ai

(1) In *Annales médico-psychologiques*, je disais (novembre-décembre 1895) :

Le rêve est occasionné par le fonctionnement partiel du cerveau. Il existe : 1° des rêves d'images non accompagnés de réveils d'actes instinctifs ou de sentiments, rêves de certaines parties antérieures du cerveau (le cerveau antérieur étant considéré comme le cerveau intelligent), de centres d'importance considérable, mais d'ordre accessoire (centres d'emmagasinement des images) ; 2° des rêves par excitation des centres de réaction instinctive, excitation produite soit *a priori* par propagation du fonctionnement des régions antérieures (c'est-à-dire occasionnés par des rêves généralement visuels), soit *a posteriori* à la suite de troubles physiques

consigné dans les *Annales médico-psychologiques* (décembre 1895), les résultats d'un certain nombre d'observations que j'ai faites sur des rêveurs et sur des rêves; ils sont trop complexes pour que je puisse les résumer à nouveau et en quelques lignes. Un des plus apparents est le suivant : les rêves les plus fréquents sont les rêves d'images ; ils sont rarement exclusifs, c'est-à-dire qu'ils sont rarement uniquement visuels ou uniquements auditifs, la plupart du temps ils comportent des images auditives et visuelles mélangées, parfois ils amènent par propagation le réveil de certains centres instinctifs ; quelquefois c'est le mécanisme inverse qui se produit, d'où apparition dans le champ psychologique du dor-

de l'organisme, provoquant d'abord le réveil des zones instinctives elles-mêmes et s'étendant ensuite le plus souvent à certaines parties du cerveau antérieur, soit enfin par excitation mécanique de la région instinctive même, par un mouvement normal ou non, né en elle.

Indépendamment de ces deux cas, il existe des rêves se rapprochant davantage de la première catégorie, puisqu'ils comprennent des images verbales ou non, plutôt que des réactions franchement instinctives, mais comportant en plus qu'eux des actes intellectuels infiniment plus complexes que le simple défilé d'images visuelles ou auditives. C'est un état voisin de l'état de veille, qui ne laisse, lui, que, peu de place aux manifestations exclusivement instinctives généralement modifiées ou réfrénées. *C'est l'état intermédiaire.*

Il consiste en une fermentation, une ébullition, une insurrection, pourrait-on dire, de tous les centres aptes à fonctionner, et tendant au réveil, voulant agir, et ne le pouvant pas. Là se trouve l'extrême limite du rêve. Là est le moment où l'on rêve que l'on rêve, où l'on comprend que les images que l'on voit sont un simple rêve, qu'elles n'ont point un caractère réel, et il arrive de penser : « Je rêve, je voudrais être éveillé », ou, lorsque quelque image effraye ou étonne : « C'est un rêve, inutile d'y attacher d'importance. »

Cet état intermédiaire noté seulement chez des nerveux, la netteté des images, leur caractère hallucinatoire, la possibilité d'une certaine auto-observation, l'hyperesthésie concomitante, peuvent le faire considérer comme la limite du rêve, l'état le plus voisin possible de la veille. Voy. nov.-déc. 1895, *Annales médico-psychologiques* : Le fonctionnement cérébral pendant le rêve et pendant le sommeil hypnotique (part. III, *Deuxième sommeil ou sommeil supplémentaire*).

meur, de sentiments plus ou moins complexes et délicats qui contribuent à produire des entités très fugaces, très transformables, mais qui, au moins transitoirement, peuvent se comparer à celles que produit l'hypnotisme. En rêve, un sujet peut être indifféremment, roi, empereur, homme du peuple, tyran ou saint, ou bête des mers et de la terre ; courageux à l'état de veille, il peut en rêve se sentir peureux ; de caractère pusillanime, le rêve peut en faire un brave ; il conduit des troupes au feu. Tel l'hypnotisé ; seulement l'hypnotisé vit son rêve, il l'extériorise et ce rêve chez lui est beaucoup plus stable ; il est plus profond, plus synthétique, plus vrai. Ce qui caractérise le rêve ordinaire, c'est au contraire : 1° *que les réveils partiels du cerveau n'atteignent que rarement et toujours incomplètement les centres moteurs;* 2° *que les images sont extrêmement fugaces, mobiles et vagues, qu'elles aboutissent le plus souvent, par superposition, non à des scènes logiques, comme dans l'hypnotisme, mais à des absurdités* ; 3° *que le sujet garde plus ou moins complet le souvenir de ses rêves.*

Tout ceci paraît facilement explicable (1). Le sommeil

(1) Admettre l'existence d'un centre de coordination intellectuelle supérieure, de fixation et d'élaboration des matériaux fournis par les autres centres doit nous conduire aux définitions suivantes :

Sommeil d'un centre. — Etat de cessation du fonctionnement psychogénique de ce centre.

Sommeil normal complet. — Etat de cessation du fonctionnement psychogénique du cerveau entier.

Sommeils partiels, rêves. — Etat de repos du centre supérieur ; fonctionnement, partiel ou total, d'autres centres (rêves partiels ou généralisés).

Veille. — Etat de fonctionnement du centre supérieur (avec peut-être sommeil possible d'autres centres) ?

Sommeil hypnotique. — Etat de sommeil profond et durable du centre supérieur ; l'état des autres ne différant de l'état normal que par la cessation complète de leurs communications avec le centre supérieur, d'où une plus grande intensité dans leur fonctionnement.

Ajoutons que, comme tous les autres centres, ce dernier serait sujet à certaines maladies (dans certains genres de démence ?), il

normal est peu profond puisqu'un simple chatouillement suffit à le faire cesser. Quand le rêve se produit, il y a déjà réveil partiel, des centres de la mémoire et du langage intérieur par exemple. Si le réveil s'étend à d'autres centres, ce qui arrive par exemple si une image terrifiante produit la peur et consécutivement les réflexes de la peur (mouvements de fuite), il ne restera plus à réveiller qu'une toute petite partie du cerveau : ce qui reste endormi du centre supérieur ; cette partie s'éveillera à la première contraction musculaire et le réveil complet aura lieu. *Le rêve ne peut être moteur parce que le sommeil normal est relativement léger, que les mouvements, un tant soit peu violents, amènent la cessation du sommeil des parties même reposant le plus profondément, c'est-à-dire du centre supérieur.* Dans certains états anormaux, au contraire, ainsi dans le somnambulisme, on peut admettre que le sommeil du centre supérieur est beaucoup plus profond que dans l'état de sommeil habituel, *alors le rêve peut être moteur*, le rêveur se lève, marche, agit.

Ainsi en va-t-il dans l'hypnotisme. Si nous admettons que cet état correspond à un état de sommeil *beaucoup plus profond* du centre supérieur, toutes les différences signalées entre l'état du rêveur au cours du sommeil ordinaire et l'état du rêveur au cours du sommeil hypnotique, seront facilement explicables. Elles sont en faveur de l'hypnotisé, *d'abord la possibilité d'avoir des rêves moteurs* et par extension, de parler, de

pourrait être inhibé à l'état normal, surtout chez des prédisposés, ou chez les normaux par influence du fonctionnement exagéré d'autres centres. Ainsi le fonctionnement intensif d'une zone visuelle pourrait produire l'hallucination au cours de laquelle il y aurait inhibition du centre supérieur. Cette inhibition totale ou partielle, longue ou courte, parfois sujette à des alternatives rapides, pourrait se rencontrer lors des *rêves généralisés de l'état intermédiaire.* (*Ann. méd. psych.*, nov.-déc. 1895.)

rire, de crier, d'agir. *Il n'y a plus ici à la moindre action sur l'organisme, ou à la moindre réaction de l'organisme, éveil possible du centre supérieur, comme dans le rêve normal.* La caractéristique du sommeil hypnotique, c'est la profondeur, l'intensité du repos du centre supérieur.

Aussi, la possibilité d'exciter beaucoup plus fort tous les autres centres secondaires existe-t-elle, en particulier pour les centres qui dorment peu d'habitude, les centres d'images par exemple qui se réveillent les premiers ou le plus souvent dans le sommeil ordinaire. Les images apparues sont vives, intenses, colorées ; *les associations sont stables, car il n'existe plus comme dans le rêve ordinaire, un semi-contrôle, un certain degré d'inhibition exercés sur les centres secondaires par les centres supérieurs* (1), plus ou moins partiellement réveillés (il est permis de croire que les seuls rêves dont on se souvienne sont ceux dont l'apparition a coexisté avec un réveil partiel du centre supérieur) ; aussi l'oubli consécutif est-il complet, et c'est

(1) Lorsqu'une action s'exerce sur l'organisme, elle peut, si sa force est insuffisante pour cela, ne produire *aucune réaction :* dans le cas contraire, l'acte produit (*action-réaction*) peut n'avoir été réfléchi que par un centre ou par un groupe de centres du cerveau, sans être arrivé à l'élaboration de centres conscients, *c'est le réflexe pur inconscient* (le dormeur qui, chatouillé, se gratte, sans s'éveiller). Dans un autre cas, la sensation peut pénétrer jusqu'aux groupes conscients, mais le réflexe se produira de même, *c'est le réflexe conscient* (l'individu qui, piqué, sent la piqûre et se gratte instinctivement). Dans un troisième cas, non seulement la sensation pénètre dans le cerveau antérieur, mais elle y trouve aide et appui, *c'est le réflexe conscient appuyé* (l'homme qui, menacé d'être piqué au bras, retire instinctivement ce bras, mais par l'effet du raisonnement, qui lui montre le danger le poursuivant, l'éloigne davantage et plus intelligemment qu'il ne l'eût fait dans un simple réflexe inconscient).

On constate enfin le *réflexe inhibé* (Ex. : le cerveau supérieur intervient pour arrêter un mouvement instinctif de fuite commencé).

Le cerveau instinctif, à son tour, peut, vis-à-vis de l'*idée* issue du cerveau supérieur, se comporter comme ce dernier vis-à-vis du réflexe. Elle peut n'influer sur aucun centre du cerveau instinc-

dans les centres seuls qui ont fonctionné que se conservera à l'état latent le souvenir, la trace des actes effectués à l'état hypnotique et susceptibles seulement de reparaître, lorsqu'un sommeil identique du centre supérieur leur aura rendu une identique indépendance.

Sommeil profond du centre supérieur, indépendance des centres secondaires, possibilité d'exciter les organes des sens et, par extension, les centres de réception et de réaction eux-mêmes, sans risquer comme dans le sommeil normal d'amener le réveil de tout le cerveau, indépendance complète de ces centres vis-à-vis du cerveau supérieur: telles sont les conditions qui, réunies dans l'hypnotisme, permettent de faire apparaître et d'extérioriser des associations d'idées qui souvent sont, à l'état de veille, les trames mêmes des conceptions du sujet sur tel ou tel objet. Je m'explique : le sujet A... possède dans sa mémoire sur telle figure, tel objet, un certain nombre de souvenirs des éléments reçus de l'extérieur, conservés plus ou moins intacts ou amalgamés, synthétisés par lui consécutivement ; éléments ou

tif (*idée pure*), elle peut se traduire par un acte indifférent aux centres occipitaux (*acte, exécution simple de l'idée*). Elle peut, par contre, provoquer l'excitation d'un de ces centres. Au cours d'une série de pensées, chez l'homme, l'idée incidente d'un projet difficile à exécuter, peut amener la colère, le besoin de lutter, de frapper, d'agir par passion, avec une énergie extrême (*idée renforcée ; exécution renforcée de l'idée*) ; enfin, l'exécution de l'idée peut être, au contraire, inhibée par le cerveau instinctif. Exemple : l'idée de combattre par la peur, d'être blessé ou tué (*idée inhibée ; exécution de l'idée inhibée*). Quant à l'idée, elle est la manifestation de l'activité cérébrale, du cerveau supérieur, qui la tire ou d'une sensation ancienne, grâce à la mémoire, ou d'une sensation présente, terminée ou non en réflexe par les autres centres du cerveau, mais arrivée à l'élaboration du cerveau supérieur.

Le réflexe peut être non perçu, perçu, laissé, appuyé, inutilement combattu, retardé; inhibé par l'idée ; l'idée peut être appuyée, non combattue, inutilement combattue, retardée, inhibée par les centres instinctifs.

J'ai exposé cette manière de voir dans *Perversion et Perversité*, ch. v ; Paris, Carré, 1896.

ensemble qui servent à représeuter cet objet ou cette figure à son esprit, sur lesquels celui-ci juge, raisonue, compare. Ainsi, un général est représenté par une série d'images dont les plus tenaces et les plus profondes sont parfois pour une raison ou pour une autre (souvenirs d'enfance, etc.) les plus insignifiantes. Ainsi nous avons tous en nous un Voltaire, un Danton, un Napoléon, particulier quelquefois au point de vue de l'exactitude historique ridiculement coustitué ! Prenez un sujet, demandez-lui ce qu'est un général, ce qu'il fait, ce qu'il dit ; à l'état de veille, il classe, compare, juge, s'efforce de donner une réponse exacte ; demandez-lui à l'état hypnotique, de faire le général ; dites-lui qu'il est général, tout le travail de la raison disparaît, et, sans effort, sans hésitation, sans crainte du ridicule, il représentera ce qui dans sa mémoire est resté relatif à l'idée « général ». Il fera aussi bien la religieuse, la petite fille, l'ivrogne, etc., etc. Il donnera de tous une représentation essentiellement claire (puisqu'elle est faite des souvenirs les plus frappants conservés sur la questiou), et tout à fait banale (1). Peut-on dire qu'il s'agisse du dédoublement de la personnalité, dans ces apparitions de *pseudo-personnalités* qui ne sont autres que des souvenirs d'une parfaite banalité relativement assez bien synthétisés? Il ne le semble point.

En tout cas, je propose l'expérience suivaute : Faites joner un personnage par un sujet sincère à l'état de veille ; faites-le jouer par le même sujet à l'état hypnotique, voyez, jugez, comparez : la différence vous indi-

(1) A noter cependant que les souvenirs, les traces des raisonnements et des réflexions faites par le cerveau sur une personne ou sur un objet lors de la plénitude de son fonctionnement, peuvent subsister dans les centres secondaires et être reproduits par eux lors du rêve ou du sommeil hypnotique. De là, parfois, des notions assez originales fournies par les hypnotisés.

quera le travail de la personnalité véritable et de la raison.

Quant aux seuls états auxquels il semblerait logique de réserver le nom de dédoublement de la personnalité, c'est-à-dire ceux qni se manifestent par une dualité dans la vie des sujets, tantôt continnant à vivre leur vie normale et tantôt menant la vie d'un personnage imaginaire ou légendaire, pour ceux-là mêmes, le mot dédoublement de la personnalité paraît quelque peu ambitieux. Des deux personnalités, il y en a une qui est la véritable, à la réalité de laquelle personne ne peut se tromper, et l'autre qui n'est qu'une pseudo-personnalité, une illusion apparue lors d'un sommeil anormal plns ou moins fréquent du centre supérienr coïncidant avec le fonctionnement anormal, intempestif, des centres secondaires. C'est un rêve généralisé avec souvent coexistence d'une idée obsédante. Il arrive souvent, eu effet, que non seulement les centres secondaires fonctionnent indépendamment du cerveau supérieur, mais que, par suite d'uue perturbation ou d'une prédisposition maladive de l'nn d'eux, une image, un ensemble d'images se fixent avec une intensité telle, qu'ils amènent l'inhibition du centre supérieur et que d'autres parties du cerveau fonctionnent et vibrent d'après les données inexactes que fournit la partie malade lésée. C'est le mécanisme de l'*hallucination*.

Le cas de la voyante de la rue de Paradis est intéressant ; il consiste dans la fréquence, sous l'influence d'un mécanisme d'une banalité extrême, en un sommeil partiel du centre supérieur avec fonctionnement des centres secondaires, dont tous les effets se synthétisent en vue de représenter un personnage particulier, qui n'est point nn général comme dans l'exemple précédemment choisi, mais un saint. Aussi, tous les souvenirs laissés dans les centres secondaires sont mis en jeu : langage mystique

et rythmé, connaissance du passé, prédiction de l'avenir, et toutes les notions plus ou moins banales sur le saint et sur les apparitions, emmagasinées dans le cerveau de cette jeune fille.

De tout ce qui précède, résulte qu'au cours du sommeil les centres secondaires du cerveau peuvent fonctionner d'autant mieux, les associations d'images ou de mots se dérouler d'autant plus complètes, les centres moteurs réagir avec d'autant plus de force, que ces centres sont indépendants, que le cerveau supérieur est plus profondément endormi ou inhibé (1).

Mais la personnalité continue d'exister, cette personnalité qui peut momentanément cesser de se manifester lors du sommeil des centres cérébraux supérieurs, mais qui n'en est pas moins la personnalité *véritable*, qui pourra sans doute, dans certains cas, sous l'influence de la folie par exemple, se pervertir et devenir autre, mais qu'on ne peut guère concevoir *divisible*, *fragmentée*.

C'est cette personnalité qui voit, juge, comprend, raisonne ; elle peut dormir et disparaître par le som-

(1) Comparons les groupes cérébraux à des départements, à des villes d'importance diverse, mais d'un même pays. Le centre supérieur (ou mieux le groupe de centres d'idéation supérieure) en est la capitale, à laquelle aboutissent tous les renseignements, de laquelle émanent tous les ordres, toutes les mesures d'intérêt général.

Il est, pour les éléments fournis par d'autres centres, l'applicateur de l'ordre naturel qu'impose à lui l'ordre naturel des phénomènes extérieurs. Il est, si l'on préfère, la machine, la plaque sensible à laquelle les données de l'extérieur aboutissent avec une certaine incidence, par laquelle elles sont renvoyées avec une réfraction dont l'indice constitue la caractéristique psychique même de l'espèce humaine et de l'individu; les unes fixées et élaborées, les autres écartées et repoussées ; que son fonctionnement soit entièrement comparable à celui de tout centre cérébral (hypothèse matérialiste), qu'il soit au contraire actionné par une force spéciale étrangère à l'organisme (hypothèse spiritualiste), son importance n'est pas moins capitale ; aussi, un repos profond lui est-il quotidiennement nécessaire. (*Ann. méd. psych.* nov.-déc. 1895.)

meil, plus ou moins longtemps ; les pseudo-personnalités développées à son insu ne seront jamais que les manifestations plus ou moins bien coordonnées, plus ou moins longtemps rationnellement synthétisées de la mémoire, de souvenirs d'actions ou de sensations, auxquels viennent s'adjoindre des réveils de sentiments, de souvenirs d'actes instinctifs contribuant à leur donner une apparence inexacte de personnalité véritable. Qu'il soit permis au cours du sommeil normal, d'exciter sans éveiller son centre supérieur le dormeur, que l'on puisse, sans le tirer de son sommeil, lui causer, lui communiquer telle ou telle idée, le lancer sur telle ou telle piste, *que son rêve puisse sans l'éveiller être moteur, comme il est visuel ou auditif*, et l'on observera chez lui la plupart des phénomènes de l'hypnotisme et du dédoublement de la personnalité.

L'inhibition exercée par le centre supérieur sur les centres subalternes, inhibition qui est maxima dans les actes de la vie ordinaire (1), qui s'atténue lors du sommeil normal, pour devenir minima ou nulle lors de l'état hypnotique et des états analogues, cette inhibition qui fait que les actes ne sont effectués, chez l'homme sain, que consentis, raisonnés, voulus, cette inhibition, même à l'état de veille chez certains sujets, peut se trouver en défaut, être diminuée et donner lieu à des phénomènes auxquels on n'accorde peut-être pas une suffisante importance. Il arrive que tel être, comme s'il était hypnotisé, parle, agit, fait différents actes souvent bien combinés, sans en avoir conscience.

(1) Au moment où je corrige les épreuves de ces lignes écrites il y a deux ans, je traduis un ouvrage très intéressant de M. Oddi : l'*Inhibizione* (*Torino*, 1898). Outre l'expression d'idées assez voisines de celles qui sont exprimées ici, il renferme des vues fort intéressantes sur le rôle que joue l'inhibition dans l'épilepsie et dans l'hystérie.

Cet état se rencontre fréquemment ; on l'observe surtout chez les penseurs, chez ceux qui vivent le plus par le cerveau, dont la personnalité est intellectuellement le plus affirmée. Il porte un nom caractéristique : on l'appelle *distraction* et ce mot : *dis-tractio* peut parfaitement être justifié; alors que le cerveau vit, pense, que la personnalité, par conséquent, continue de s'affirmer intérieurement, certains centres accessoires (sur lesquels ne se fait plus sentir l'influence inhibitrice du centre supérieur fonctionnant en ces moments d'une façon intensive pour son propre compte), certains centres accessoires sont *distraits* du mécanisme cérébral pour lequel ils ne sont momentanément pas nécessaires ; ils évoluent alors en vertu des associations habituelles ; leurs réflexes parfois bien combinés (1), bien synthétisés, sont provoqués par les objets, les sons, les images extérieurs, comme le sont ceux des hypnotisés ; ils peuvent dans certains états moins fréquents que la distraction (au sens habituel du mot) se manifester toujours sous de mêmes formes, ou sous des formes semblables (puisqu'ils sont la reproduction d'associations compliquées, conservées dans la mémoire) ; ils s'harmonisent souvent entre eux, d'une façon suffisante (dans l'hypnotisme notamment) pour amener l'apparition de pseudo-personnalités qui ne sont que les schèmes généralement simples, souvent d'une grande banalité, sous la forme desquels les sujets observés avaient emmagasiné dans leur mémoire l'expression de telle personnalité existant ou ayant existé, Robespierre, Danton, Bonaparte, etc.

Chez les hypnotisés comme chez les rêveurs, chez les anormaux de la catégorie de la voyante de la rue de

(1) Souvent une erreur dans la mémoire du distrait, une faute dans l'exécution des actes emmagasinés par elle, amène la fin de l'état de distraction, parce que l'esprit intervient et juge.

Paradis, etc., la distraction existe c'est-à-dire que des centres secondaires ne participent pas au fonctionnement des centres supérieurs, qu'ils en sont *distraits;* seulement, dans la distraction de la vie ordinaire, les centres supérieurs veillent et le manque d'inhibition sur les autres parties du cerveau provient non de leur sommeil, mais de l'excès de leur fonctionnement en un point, tandis que dans l'hypnotisme ils dorment profondément ; plus la distraction est complète, moins s'exercera l'inhibition, plus les manifestations des centres secondaires pourront être parfaites, leurs résultats surprenants (1). A l'état de veille, cet état est appréciable chez les médiums ; il n'est autre qu'une distraction plus complète, survenant chez des individus susceptibles par naissance ou par habitude, par exercice (l'exercice amène le perfectionnement de ces phénomènes), de les provoquer ou de les faire provoquer souvent chez eux. Plus leur mémoire est riche, plus et mieux elle a été meublée dans les états habituels par l'intelligence, plus aussi on peut les trouver intéressants, car plus le schème de la personnalité simulée par les centres secondaires est complet ou varié, ou bien combiné. Un médium ininstruit, stupide (en est-il, ce genre de distraction se manifestant généralement chez des perfectionnés cérébraux ?) ne produirait qu'un Mahomet pauvre d'esprit, un Jules César imbécile, un Descartes inintelligent.

Quant aux phénomènes de lucidité qui se manifesteraient, dit-on, surtout au cours des phénomènes de la distraction cérébrale, ils sont affirmés par quelques-uns,

(1) Il arrive même que les efforts souvent excessifs du centre supérieur fatigué, cessant par le sommeil, le travail en vain cherché s'effectue seul d'après les lois de l'enchaînement logique des souvenirs. Certains travaux sont faits et bien faits en dormant.

niés par la plupart. Remarquons ceci : de ce qu'on ne les a pas produits et reproduits à volonté dans un laboratoire, cela ne prouverait nullement qu'ils n'existent pas et qu'un homme de science ne puisse y croire. La variabilité des éléments qui entrent en ligne de compte pour les produire, leur complexité, l'*aconnaissance* de plusieurs d'entre eux, expliqueraient que le phénomène soit rare et qu'il se produise à l'improviste. De même, tel ou tel phénomène météorologique, telle éruption volcanique, survient de la façon la plus inopinée pour nous, sans que nous puissions prévoir où, pourquoi, en vertu de quelle loi ils apparaissent. Les nions-nous pour cela? Pensons-nous qu'ils ne peuvent exister parce que nous ne pouvons les faire à volonté dans un laboratoire (1)?

Les phénomènes de lucidité n'ont rien d'absurbe *a priori*. Beaucoup pourraient être expliqués par des hypothèses très simples. Ainsi, la transmission de la pensée. Si l'on admet que la pensée est due à un mouvement vibratoire, pourquoi ne pas accepter que des vibrations produites dans un cerveau C ne puissent éveiller dans un cerveau C′ d'identiques vibrations, de même qualité, en même nombre?

Pour qui réfléchit, l'électricité nous a valu et nous vaut encore bien des étonnements. Nous ignorons beaucoup, et la science du cerveau est à conquérir. Il ne faut point nier sans raisons ni surtout avec de mauvaises raisons. Contre les théories du spiritisme, contre les prétendus faits de lucidité, de transmission de pen-

(1) Pour mon compte personnel, bien que par profession vivant au milieu des malades et des mourants et les ayant cherchés, je n'en ai jamais vu se produire. J'ai rendu compte dans la *Revue de l'hypnotisme* (mai 1895) d'un phénomène dit de transmission de la pensée, et ai exposé une méthode pour la recherche des phénomènes de ce genre. Je pense aujourd'hui qu'un mouvement dû à l'inattention (geste, regard) de l'*inducteur*, ou consécutivement oublié par lui, permet à l'*induit* de deviner l'acte à accomplir.

sées, etc., valent suffisamment que bien des savants ont cherché et n'ont rien trouvé, et que beaucoup d'illusions ont une explication très simple. Ainsi les adeptes du spiritisme s'imaginent que les tables tournent sous l'influence de forces psychiques, alors qu'eux-mêmes, par des mouvements inconscients, provoquent les mouvements (1).

Les phénomènes de la distraction cérébrale sont tous de même ordre. Ils consistent :

1° *En la cessation de l'action inhibitive des centres supérieurs.*

a) Par suite du fonctionnement intensif, limité à un seul objet, de ces centres supérieurs, état d'attention profonde qui permet la distraction en sens habituel du mot ;

b) Par suite de leur sommeil plus ou moins profond, repos normal de réparation, consécutif à un fonctionnement prolongé (sommeil ordinaire); — ou bien sommeil provoqué artificiellement par des moyens empiriques d'arrêt ou d'épuisement occasionné par un fonctionnement excessif (sommeil hypnotique) ; — ou encore dissociation maladive, tendance innée, ou morbide, à la distraction des centres secondaires (somnambulisme, phénomène dit de dédoublement de la personnalité, état médianimique, etc.) ;

(1) Je propose l'expérience suivante que j'ai réalisée souvent avec succès : on prescrit à un sujet nerveux, patient, et qui désire réussir l'expérience, l'imposition des mains sur une table, ou sur un meuble assez lourd pour ne pouvoir être mis en mouvement par la seule force des mains du sujet posées à plat. Au bout d'un temps assez long (mais que des essais ultérieurs rendent de plus en plus court) le sujet voit nettement la table exécuter des mouvements d'oscillation et d'ascension, mouvements qu'il perçoit parfaitement avec les mains. L'illusion est complète. Pour éviter une erreur, il suffit de prendre des points de repère, ou mieux d'improviser un petit appareil inscripteur, qui témoigne de l'absence absolue de mouvements de la table.

2° *En l'indépendance des centres secondaires par cessation de l'inhibition des centres supérieurs*, indépendance qui se traduira par la distraction (état de veille) ; par le rêve et le cauchemar (sommeil normal) ; par les manifestations de l'hypnotisme, celles du somnambulisme, par le développement de pseudo-personnalités ; par l'écriture médianimique, les mouvements inconscients imprimés aux tables, etc...

Telle conception nous permet de nous rendre un compte exact de phénomènes à apparences très variées et reconnaissant tous une même cause : la *dissociation cérébrale* sous l'influence de causes diverses (fatigue, épuisement naturel ou artificiel, amenant une rupture dynamique de l'équilibre entre les centres), dissociation qui se manifeste par la *cessation de l'influence inhibitrice des centres les plus élevés* et la *distraction des centres secondaires*, qui, privés de frein, agissent pour leur propre compte, vibrant sans effort à la moindre excitation, à la moindre suggestion.

Mai 1896.

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE
DE L'AGITATION

Par le Dr P. COLOLIAN
Ancien interne des asiles de la Seine.

(*Suite et fin*) (1)

C. — L'agitation dans les psycho-névroses.

Epilepsie. — L'épilepsie est une des maladies où l'agitation transitoire et les impulsions ont un caractère d'irrésistibilité impérieuse.

Le délire épileptique peut être observé avant ou après l'attaque ou vertige.

Avant l'attaque, deux ordres de symptômes peuvent se présenter, comme le fait remarquer M. Magnan (2) : les uns se rattachent aux dispositions morales du sujet (Falret) (3); les autres, plus intimement liés à l'attaque, sont la traduction externe du malaise de la région cérébrale sur laquelle va tout d'abord se porter la décharge épileptique. C'est ce que l'on a désigné sous le nom d'*aura*.

Les modifications du caractère, remarquées par toutes les personnes qui vivent en contact des épileptiques, se manifestent par la tristesse, la colère ou un léger degré d'agitation, une légère hyperesthésie cérébrale qui, à la moindre contradiction, provoque des emportements démesurés. En d'autres cas, les épileptiques deviennent

(1) Voir les *Annales* de juillet-août et septembre-octobre 1898.
(2) Magnan. *Leçons cliniques*, 1893, p. 5.
(3) Falret. *Etat mental des épileptiques*, 1860.

expansifs, gais, causeurs. Mais ce n'est pas encore le délire avec agitation.

C'est surtout quand les épileptiques ont une aura psychique que l'agitation devient intense avec délire.

L'aura, cette manifestation nerveuse, consiste « en un trouble de la motilité et de la sensibilité soit générale, soit spéciale, ou de l'intelligence, et elle est dite, suivant le cas, motrice, sensitive, sensorielle, intellectuelle (1) ».

Les auras psychiques sont fort nombreuses et des plus variées. M. Hughlings-Jackson (2) a signalé une forme d'aura intellectuelle qui est une réminiscence rapide des quelques événements passés. Quelquefois, cette réminiscence embrasse une grande partie des événements advenus dans l'existence du malade (3).

L'attaque peut être précédée par une terreur folle, par un délire de très courte durée, et aussi par des impulsions irrésistibles à commettre des actes violents, délictueux. Souvent cette impulsion comitiale peut constituer à elle seule toute l'attaque, mais souvent aussi, elle y fait suite ; cette particularité a été étudiée sous le nom d'épilepsie procursive, par MM. Bourneville et Bricon (4), Ladame (5), Mairet (6).

Le plus fréquemment, le vrai délire avec agitation se montre après l'accès.

Ce délire, comme le dit Krafft-Ebing (7), porte l'empreinte d'une puissante excitation cérébrale qui atteint les centres de la sensibilité, des images mentales et des

(1) Magnan. *Leçons cliniques*, p. 6.
(2) Hughlings-Jackson. *Brain*, 1888, vol. XI, p. 179.
(3) Dutil. Article « Epilepsie » dans le *Traité de médecine de Charcot-Bouchard*, t. VI, p. 1304.
(4) Bourneville et Bricon. *Arch. de neurologie*, t. XIII, XIV, XV.
(5) Ladame. *Rev. med. de la Suisse romande*, 1880.
(6) Mairet. *De l'épilepsie procursive*. Thèse de Lille, 1889.
(7) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, p. 254.

mouvements, et qui supprime la conscience. Cette excitation est provoquée par une hyperémie cérébrale plus ou moins accentuée ; du moins, ajoute Krafft-Ebing, « ce sont les phénomènes de fluxion cérébrale (vertige, maux de tête, sentiment d'abasourdissement allant jusqu'à l'état apoplectique), l'irritation, la sensibilité à la lumière et au bruit qui précèdent l'accès et qui l'accompagnent (tête rouge, chaude, conjonctives injectées, pouls carotidien plein et mou) ».

L'agitation paroxystique se manifeste sous deux formes : a) le *petit mal intellectuel* ; b) le *grand mal intellectuel* de M. J. Falret (1), on la *manie épileptique*, *fureur épileptique*.

Le *petit mal épileptique* se manifeste par une excitation physique et une excitation mentale plus ou moins violentes. Il peut se produire brusquement ; mais en général, il succède à un accès de vertige ou à une aura constituant l'équivalent de l'accès épileptique (épilepsie larvée) (2). Le délire, des plus mobiles, est accompagné quelquefois par des hallucinations multiples et terrifiantes. Le malade impulsif et agressif, brutal et désordonné, injurie, frappe, brise, casse les objets qui se trouvent à sa portée. Il a des impulsions homicides, obscènes, pyromaniaques. Ces accès d'agitation se renouvellent presque toujours à des époques assez régulières, et ce qui est caractéristique, les actes et l'agitation sont constamment les mêmes chez le même sujet. Les paroxysmes se terminent lentement, par décroissance ; il arrive qu'ils cessent brusquement aussi, comme ils ont débuté.

(1) J. Falret. De l'état mental des épileptiques (*Arch. gén. de méd.*, 1860 et 1861, et *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, 1890, p. 338.

(2) Legrand du Saulle. *Etude médico-légale sur les épileptiques*, 1879.

L'inconscience est la règle, l'oubli est absolu. Et c'est un des principaux signes de la nature comitiale de l'agitation. Pourtant, dit M. Dutil (1), parfois le malade a conscience de son état, du caractère criminel de ses actes, mais il agit sous une impulsion impérieuse et n'est pas maître de sa volonté.

Le *grand mal épileptique*, c'est la manie épileptique avec agitation extrême, qui débute après l'accès ou au bout de quelques heures. Cet état d'agitation peut durer plusieurs jours, quinze, vingt et même davantage.

Le malade devient incohérent, irritable, désordonné. Les gestes sont violents, brusques. La force musculaire augmente. La sensibilité cutanée est abolie. Il vocifère, crie, se jette à droite, à gauche, frappe, brise les objets, cherche à se faire du mal, se donne des coups, se jette contre les murs, se couche et se roule sur le sol. La face est congestionnée, les traits ont une expression de férocité ou de terreur. Les yeux sont fixes, les conjonctives injectées ; les pupilles généralement dilatées, contractées parfois ; le pouls est accéléré, irrégulier, tantôt fort, tantôt petit. La température reste normale. Le malade a des hallucinations terrifiantes, voit des cadavres, des têtes de morts, des animaux fantasques et il s'agite sous l'influence de ces hallucinations. « Les centres supérieurs, dit M. Magnan (2), étant annihilés par l'ictus épileptique, les centres corticaux sensoriels provoquent des réactions immédiates ; les opérations cérébrales ne suivant plus alors leur marche habituelle, les perceptions n'arrivent pas au centre psychique où s'exercent la réflexion, l'attention, la comparaison, le jugement, où se fait en un mot le contrôle déterminant des impulsions. La réponse immédiate que provoque

(1) Dutil. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, ouv. cit., t. VI, p. 1312.
(2) Magnan. *Leçons cliniques*, 1893, p. 45.

l'excitation sensorielle est comparable aux phénomènes réflexes si vivement accusés de la moelle d'un animal, après la section bulbaire, avec cette différence que les centres intellectuels sont seuls séparés des autres centres corticaux qui agissent sans coordination. »

Dans ce grand désordre physique et intellectuel, avec un peu d'attention, l'on découvre facilement soit un délire ambitieux, érotique, et plus fréquemment un délire mystique. Habituellement, ainsi qu'on l'a signalé maintes fois, le délire est plus suivi dans la manie comitiale que dans la manie franche ; la pensée est moins incohérente, et l'on saisit, malgré cette grande agitation, un ensemble de délire plus ou moins logique.

L'accès peut cesser brusquement ; quand il se prolonge, la température peut monter, la langue devient sèche, la voix rauque ; et le malade tombe dans un état de stupeur profonde. Si la température continue à monter jusqu'à 40 et 41 degrés, l'état s'aggrave, et le malade succombe dans le coma.

En dehors de ces maux intellectuels, grands et petits, y a-t-il une folie épileptique proprement dite, comme le croient encore certains auteurs ?

L'on peut observer chez les épileptiques des accès de vésanies aiguës, de l'excitation maniaque, de la manie, etc., mais qui ne sont pas la conséquence de l'ictus épileptique. « On ne peut dire que ces vésanies conscientes puissent être rattachées à la folie épileptique ou confondues avec elle, puisque les accès de manie consécutifs aux attaques qui surviennent quelquefois chez ces malades, s'accompagnent toujours de la perte du souvenir, tandis qu'au contraire le délire vésanique propre reste parfaitement gravé dans leur esprit avec ses moindres détails (1) ». Les accès de

(1) Magnan. *Leçons cliniques*, 1893, p. 63.

psychoses aiguës observées chez les épileptiqnes sont des manifestations surajontées chez un dégénéré. Certains épileptiqnes, dans l'intervalle des attaques, peuvent présenter nn état mental comparable à celui des antres aliénés, sans que cet état soit la conséquence de l'épilepsie, mais bien la marque de la tare originelle.

L'*absinthe* provoque chez l'homme, ainsi que chez les animaux (Magnan, Laborde, etc.), des attaques épileptiformes, qui peuvent être snivies de la même fureur que chez l'épileptique.

L'absinthe provoque l'attaque, et à l'attaque fait suite le petit ou le grand mal intellectuel avec grande agitation, fureur, hallucinations terrifiantes, etc.

Hystérie. — « Il faut, dit Charcot (1), prendre l'hystérie pour ce qu'elle est, c'est-à-dire pour une maladie psychique par excellence. » Un de ses élèves des plus distingnés, M. Gilles de la Tourette, dit en parlant de l'état mental hystérique : « En dehors même de l'influence qu'il peut avoir sur la productiou de quantité de manifestations hystériques : attaques, paralysies ou contractnres, cet état meutal agit souvent lui-même pour son propre compte, si nous pouvons nous exprimer ainsi. Sa mise en œuvre pervertie forme la quatrième période délirante de la grande attaque convulsive, et le délire, prolongé sons forme d'état de mal, constitue la réalité de ce que l'on a improprement désigné sous le nom de folie hystériqne (2). »

Il existe donc chez les hystériques uu état mental particulier, un état morbide qui les pousse à délirer. Ce délire, accompagné d'agitation, doit être étudié dans les intervalles des attaques, un peu avant, ou au moment

(1) Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, t. I, 1887, p. 205.
(2) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie* (*hystérie normale*), 1891, p. 487.

de l'attaque comme équivalent à l'attaque, ou après.

A. — Dans l'intervalle des attaques, les hystériques présentent un caractère spécial, indépendant de l'attaque. Cette particularité a été remarquée par Briquet, qui parle en ces termes : « Le caractère des hystériques présente également quelque chose de spécial. Les six-septièmes des femmes hystériques que j'ai observées étaient d'un caractère vif; elles étaient vives dans leurs mouvements ; un septième seulement se composait de personnes d'un aspect calme, ayant de la tenue dans les allures.

« On peut distinguer en trois classes la manière de sentir des femmes hystériques. La plus grande partie d'entre elles sont douées d'une extrême susceptibilité, s'offensant de tout, se piquant pour des riens, tout leur portant ombrage; le reste se compose à peu près en parties égales de femmes emportées, violentes, intraitables, et de sujets doux, sensibles, de véritables souffre-douleurs. Tels sont les traits moraux que présentent les hystériques ; ils ne sont pas nombreux, mais ils sont constants. »

On le voit, Briquet, dans cette description, donne les caractères de l'état mental des dégénérés héréditaires, magistralement étudiés par Morel (1), Magnan (2) et ses élèves.

L'hystérique est une nerveuse héréditaire (3), une dégénérée. On trouve dans la famille de l'hystérique toute une filiation de vésaniques, d'hystériques, d'épileptiques, etc. On peut découvrir chez l'hystérique des stigmates psychiques, des syndromes épisodiques (Ma-

(1) Morel. *De la dégénérescence de l'espèce humaine.*
(2) Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, 1895.
(3) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, 1895, p. 491.

gnan) (agoraphobie, kleptomanie, onomatomanie (1), des perversions, etc.). On n'a qu'à parcourir les observations des hystériques incendiaires, volenses, celles qui s'entoureut d'animaux [Legraud du Saulle (2), Chabrun (3)], pour s'en convaincre.

L'état meutal des hystériques ne leur est pas particnlier, et n'est pas le résultat des attaques, mais la conséquence de causes primitives, de dégénérescence mentale.

Au point de vue de l'agitation, le seul qui nous intéresse, l'état meutal produit, il est vrai, des troubles psycho-moteurs, mais bien légers.

L'agitation est passagère, c'est plutôt une légère excitation mentale qu'une agitation motrice. L'hystérique, impatiente ou colère, s'agite pour une cause futile; mais nue nouvelle impression la calme rapidement.

B. — C'est à la période prodromique de l'attaque que l'excitation cérébrale se fait jour, avec agitation. « La période prodromique, dit M. Gilles de la Tourette (4), peut être assez longue : un jour, deux jours, trois jours et plus; pendant toute sa durée, les malades sout iuquiètes, *agitées*, elles réagissent d'ailleurs de diverses façous ; les nues sont excitées, disputent avec les personnes qui les eutourent, sont insupportables à tout le monde, out des rires sans cause, des pleurs sans motifs ; les autres, au contraire, sont abattues, déprimées, cherchent la solitude et ne répondent aux questious qu'ou leur adresse qu'après maintes objurgations. »

Ces phénomènes d'agitatiou ou de dépressiou ne sont

(1) Séglas. Deux cas d'onomatomanie : coexistence chez un malade de l'hystérie et d'une variété spéciale d'onomatomanie. *Bull. de la Société méd. des hôp.*, 1889 (séance du 12 avril).

(2) Legrand du Saulle. *Les hystériques, état physique et état mental.* Paris, 1883.

(3) Chabrun. *Etat mental des hystériques.* Th. de Paris, 1878.

(4) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, p. 493.

pas les résultats de l'état mental de l'hystérique ; mais « ils appartiennent à l'attaque et doivent être considérés comme des phénomènes transitoires (1) ».

Mais là encore l'agitation n'est pas accentuée, et les malades peuvent maîtriser plus ou moins leur exaltation maladive. Quelquefois, dit M. Régis (2), on peut observer pourtant à cette période une vraie agitation, avec confusion dans les idées et désordre dans la sphère motrice.

C. — C'est au moment de l'attaque surtout que l'agitation est extrême. Parfois, l'attaque convulsive avorte, et les phénomènes d'agitation, de confusion et de désordre s'accentuent et forment l'attaque même, surtout chez l'enfant, comme cela a été montré par Charcot (3) et ses élèves (4). L'attaque se résout alors en une manie, la manie hystérique, équivalent psychique de l'attaque hystérique, comme la manie furieuse est l'équivalent de l'attaque épileptique (5). L'attaque se passe en une excitation psychique, agitation extrême, incohérence, entrecoupées de quelques contractions des bras, de quelques convulsions des globes oculaires « placés là, pour ainsi dire, pour montrer que la période convulsive ne perd que rarement ses droits (6) ».

D'après Schüle (7), les caractères de cette manie hystérique sont les suivants :

Le *désordre des actes*, qui n'est pas aussi marqué que dans la manie typique, et la fuite des idées qui est le

(1) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, p. 494.
(2) Régis. *Manuel de médecine mentale*. Paris, 1885, p. 352.
(3) Charcot. *Spiritisme et hystérie*, 16e leçon. *Leçons sur les maladies du syst. nerveux*, t. III, 1887, p. 227.
(4) P. Blocq. *Hystérie maniaque infantile*. Paris, 1890.
(5) Schüle. *Traité des maladies mentales*, p. 227.
(6) Gilles de la Tourette. *Traité de l'hystérie*, p. 494.
(7) Schüle. *Traité des maladies mentales*, p. 231.

symptôme prédominant (bavardage intarissable, vociférations, etc.).

La *fuite des idées* ne repose pas sur des associations plus ou moins logiques, ou sur des assonances, mais c'est une série d'idées qui se succèdent brusquement et sans lien, de mots incohérents dont quelques-uns reviennent constamment comme une obsession. On observe souvent un besoin de questionner qui s'exerce pendant des heures, la malade se livrant à un monologue ou répondant à ses hallucinations.

Les *hallucinations* sont beaucoup plus nombreuses que dans la manie typique. Ces hallucinations jouent un très grand rôle, ont une influence considérable sur l'état mental des hystériques et sur leur état d'agitation.

Elles constituent en partie l'attaque psychique ou la terminent, ou bien elles accompagnent l'attaque convulsive.

Les hallucinations des hystériques ont trait en général à la vie commune du malade. Elles s'adressent plus particulièrement au sens de la vue, et l'objet en est hideux, épouvantable ; la zoopsie est très fréquente, fait signalé déjà par Briquet.

« Une fois, dit sœur Jeanne des Anges (1), un de ces maudits esprits prit la figure d'un dragon jetant le feu par la gueule. Il avait les narines et les yeux étincelants comme des chandelles, lequel prenant sa course à perte d'haleine se vient jeter sur moi. »

Ce qui caractérise ces hallucinations, c'est la marche dans un certain sens et dans une même direction (2). Les animaux, chats ou chiens, passent devant le malade de droite à gauche, ou de gauche à droite, suivant que

(1) Legué et Gilles de la Tourette. *Sœur Anne des Anges*. Paris, 1886, p. 272.

(2) Charcot. Des troubles de la vue chez les hystériques. *Progrès méd.*, n° 3, 1878.

l'hémianesthésie est à droite ou à gauche. Le point de départ de la marche des hallucinations est le côté anesthésié.

Les hallucinations ont souvent une telle influence sur l'état mental des hystériques que les malades, déjà incapables de comprendre les choses nettement à l'état ordinaire, confondent les sensations, les hallucinations, et s'agitent, se défendent, crient, vocifèrent. Ils se livrent à des actes désordonnés, extravagants, paraissent y mettre de la malice, du parti pris, comme s'ils faisaient « exprès ». Mais en réalité, ils ont une vague conscience de leur état. Quand les hallucinations ont disparu, quoiqne désordonnés et agités, les malades tiennent des discours qui ne sont pas toujours incohérents, mais traduisent une grande mobilité dans les idées et la volition (1).

Cet état peut durer plusieurs heures et même quelques jours. Il peut réapparaître plus tard, toujours comme attaqne psychique, équivalent de l'attaque d'hystérie, ou plntôt, et le plus souvent, immédiatement après une attaque hystérique, comme terminaison des accès.

Cet état, dû à l'attaque, peut-il durer? M. Sollier (2) dit en avoir vu persister six à huit mois. C'est possible; mais à cette agitation de plusieurs mois, il faut chercher une antre cause que l'attaque. Il faut surtout rechercher la cause originelle, la cause principale, la cause des causes, la dégénérescence mentale.

L'hystérie est une des manifestations de la tare héréditaire dégénérative. On peut observer chez l'hystérique, en dehors des attaques, comme chez nn dégénéré, la

(1) Sollier. *Guide pratique des maladies mentales.* Paris, 1893, p. 231.

(2) Sollier. *Guide pratique des maladies mentales*, p. 232.

manie, la mélancolie, le délire, etc., et la folie hystérique, « celle qui survient chez des hystériques, en dehors des attaques convulsives, sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, morale ou physique », n'est qu'une psychose dégénérative.

Chorée. — La danse de Saint-Guy, sorte de convulsion à laquelle sont sujets les enfants, d'après Sydenham (1), a été dénommée *chorée* par Bouteille (2).

La doctrine rhumatismale de la chorée, entrevue par Berndt, Watson, Bouteille, mais surtout soutenue par G. Sée (3), Roger (4), Cadet de Gassicourt (5), Sanné-Rilliet-Barthez (6), J. Simon (7), a fait place aujourd'hui à la théorie nervense.

La théorie infectiense acceptée par plusieurs auteurs, Möbius (8), Osler (9), Berkley (10), Triboulet (11), etc., n'est pas encore confirmée, surtout la *théorie microbienne spécifique* de Pianèse.

La chorée peut survenir à la suite de maladies infectieuses ; c'est un fait clinique, mais non suffisant à prouver la nature infectieuse de l'affection.

La théorie nerveuse formulée par le grand maître

(1) Sydenham. *Schedul monitoria de novæ febris ingressu*, 1688.
(2) Bouteille. *Théorie de la chorée commune ou danse de Saint-Guy*. Paris. 1810.
(3) G. Sée. De la chorée. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives. *Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV.
(4) H. Roger. *Archives générales de médecine*, déc. 1866.
(5) Cadet de Gassicourt. *Clinique des maladies de l'enfance*, 1887.
(6) Sanné-Rilliet-Barthez. *Traité des maladies de l'enfance*, 1890.
(7) J. Simon. *Bulletin médical*, 1891.
(8) Möbius. Ueber Seelenstörungen bei Chorea. *Münchener medic. Wochenschrift*, nos 51 et 52, 1892.
(9) Osler. Varieties of chronic Chorea. *The Journal of nerveus and mental diseases*, n° 2, 1893, p. 97.
(10) Berkley. Contribution à la théorie microbienne de la chorée. *The John Hopkins Hospital Reports*, 1891, n° 6, p. 318.
(11) Triboulet. *Du rôle possible de l'infection en chorée*. Thèse de Paris, 1893.

neurologiste, par le professeur Charcot, abolit également l'explication des rapports de la chorée et du rhumatisme. « Il n'y a pas, dit Charcot (1), de chorée méritant d'être appelée rhumatismale dans l'acception rigoureuse du mot », il y a coïncidence seulement.

La théorie nerveuse a été acceptée par M. le professeur Joffroy, qui y a consacré plusieurs travaux (2).

Mais ce qui nous intéresse, c'est l'état mental des choréiques, cet état particulier qui provoque l'excitation et aussi l'excitation mentale.

Le premier travail d'ensemble sur la question est dû à Marcé (3); ce travail est basé sur cinquante-sept observations. Marcé divise en quatre groupes les phénomènes psychiques observés chez les choréiques, et il pense que ces troubles sont non seulement fréquents, mais presque constants.

Ce sont des troubles de la sensibilité morale, des désordres de l'intelligence, des hallucinations, du délire maniaque. Quelques auteurs ont été plus loin, et ont pensé à l'existence d'une *folie choréique* [Ball (4), Mairet (5)].

Les troubles mentaux signalés sont des modifications du caractère et de la sensibilité morale, telles que la mobilité, la tristesse, l'émotivité, l'irritabilité. On trouve quelquefois une légère agitation passagère, avec changements d'humeur, accélération et augmentation des mouvements convulsifs, de l'instabilité et même un

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 1887-1888, p. 38 ; 1888-1889, p. 114.

(2) Joffroy. *Progrès médical*, 1885. — *Journal de méd. et de chirurgie prat.*, 1891. — *Semaine médicale*, 1892.

(3) Marcé. *De l'état mental dans la chorée*. Mémoire lu à l'Acad. de méd. Séance du 12 avril 1859.

(4) Ball. Folie choréique. *France méd.*, 1886, et dans ses *Leçons sur les maladies ment.*, 1890, p. 655.

(5) Mairet. Manie choréique. *Ann. méd. psych.*, 7e sér., t. IX, p. 353 ; t. X, p. 27, 1889.

peu d'incohérence dans la parole. Ces troubles cependant ne sont pas la conséquence de la névrose chorée, mais bien les stigmates psychiques de la dégénérescence mentale, les signes de la déséquilibration morale.

L'on peut dire qu'*il n'y a pas d'état mental choréique proprement dit;* tel est l'avis de M. le professeur Joffroy (1) et de son élève Breton (2). La chorée ne comporte que des désordres moteurs et nullement des phénomènes psychiques, lesquels ne sont que des éléments surajoutés chez le dégénéré.

Les hallucinations, l'excitation maniaque et les autres troubles mentaux peuvent être observés chez les choréiques.

M. Séglas (3), dans un mémoire important, s'attache à prouver que les troubles psychiques, prétendus choréiques, n'offrent pas de caractère spécifique, et il se demande s'il ne faut pas plutôt les mettre sur le compte du tempérament nerveux.

Pourtant pour certains auteurs (Blocq (4), Sollier (5), etc.), les quelques légers troubles mentionnés appartiennent en propre à la chorée.

D. — L'agitation dans les affections toxiques.

L'alcoolisme. — L'agitation existe à tous les degrés d'intoxication alcoolique, depuis l'ivresse simple jusqu'à l'alcoolisme chronique.

L'agitation dans l'alcoolisme est due en général aux

(1) Joffroy. De la folie choréique. Pathogénie et nature de la chorée. *Semaine médicale*, 25 février 1893.

(2) Breton. *Etat mental dans la chorée.* Thèse de Paris, 1893.

(3) Séglas. De l'état mental dans les chorées. *Bull. de la Société mentale de Belgique*, 1887.

(4) Blocq. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, t. VI.

(5) Sollier. *Guide pratique des maladies mentales*, 1893.

hallucinations multiples et terrifiantes dont sont atteints les sujets.

A. — *Dans l'ivresse.* « Lorsqu'un individu habituellement sobre boit avec excès, il s'enivre. Les premiers phénomènes qui accompagnent l'ivresse sont une légère excitation, un sentiment de plénitude, de bien-être, dans lequel les préoccupations s'effacent, la parole et les gestes s'animent, les idées surgissent plus rapides, les sentiments s'épanchent avec plus de vivacité.

« Peu à peu cette excitation augmente, les idées se pressent plus confuses, moins nettes, l'esprit commence à échapper aux lois de la raison, et l'homme ivre peut se présenter alors sous les aspects les plus divers : il se montre gai, triste, tendre (1). »

Cependant ici l'agitation est encore bien modérée ; des cas d'agitation extrême ont été observés et décrits par Percy (2), sous le nom d'*ivresse convulsive ;* mais en réalité, ce n'est qu'une agitation maniaque.

Quelques auteurs, Lentz (3) et Cullerre (4) décrivent une ivresse maniaque consécutive à l'ingestion d'une dose trop forte d'alcool. Après quelques signes d'ivresse, apparaît une agitation extrême : les yeux brillants, hagards, le malade crie, vocifère, frappe, gesticule. Ces malades sont, en général, plutôt des épileptiques, des vertigineux dont le délire spécial a simplement été provoqué par l'ingestion d'une dose trop forte d'alcool (Lentz).

B. — *Délire alcoolique.* C'est habituellement dans l'alcoolisme aigu qu'on observe l'agitation. Dans le délire alcoolique, au premier plan, surgissent les hallucinations

(1) Magnan. *De l'alcoolisme.* Paris, 1874, p. 7.
(2) Percy. Ivresse convulsive. *Dictionn. des sciences méd.*, t. XXVI, p. 249.
(3) Lentz. *De l'alcoolisme.* Paris, 1885.
(4) Cullerre. *Maladies mentales*, 1890, p. 500.

nocturnes d'abord, puis diurnes et nocturnes, d'une nature terrifiante. Le malade halluciné n'a pas une minute de calme. Il entend crier à son oreille : Il faut le tuer, voleur, canaille, assassin ! Il voit des hommes armés courir après lui, des animaux féroces ; il s'effraie, se sauve, pris de terreur, d'anxiété. Puis les injures, les provocations redoublent d'intensité, le sujet entend la voix de parents, d'amis qui l'appellent, l'avertissent d'un danger. Une agitation maniaque s'empare alors de lui, aiguillonnée par les hallucinations terrifiantes. « Le malade répond, injurie, se querelle, court, s'élance, devient furieux, tout autant d'actes qui provoquent chez lui une manifestation bruyante, un état maniaque. C'est la forme qui prédomine habituellement dans les accès du *delirium tremens*, où les troubles hallucinatoires d'une vivacité extrême s'associent au tremblement de tout le corps, à la trémulation générale de tout le système musculaire (1). »

Cette agitation ne dure pas, elle tombe au bout de peu de jours, avec la disparition des hallucinations. Parfois, dès le début, on arrive souvent à persuader aux malades qu'ils sont les jouets de troubles des sens. D'ailleurs l'alcoolique, comme l'a remarqué Lasègue (2), fait quelquefois des restrictions et a une sorte de demi-conscience de son état.

C. — Dans l'alcoolisme chronique l'agitation apparaît par périodes irrégulières.

Quand l'intoxication se prolonge, on observe une irritabilité d'humeur, une véritable disposition à la colère violente. Les moindres causes provoquent des émotions très graves, même des explosions de rage qui, étant donnée la faiblesse étique très avancée, sont indompta-

(1) Magnan. *De l'alcoolisme*, p. 41.
(2) Lasègue. *Etudes médicales*, t. II, p. 241.

bles et revêtent le caractère d'émotions pathologiques (1).

D'autres fois, ainsi que le fait remarquer M. J. Falret (2), l'alcoolique chronique a des idées délirantes, des préoccupations hypocondriaques, des illusions et même des hallucinations. Le malade réagit sous l'influence de ces troubles, s'agite. « Enfin, chez quelques malades, il survient par périodes irrégulières, avec ou sans nouveaux excès, de la turbulence, une excitation semi-maniaque, dans laquelle l'individu chiffonne, déchire ses vêtements, va et vient en tous sens d'une façon automatique (3). »

Le morphinisme. — Laehr (4) et Fiedler (5) qui, les premiers, signalèrent les accidents psychiques de l'abus des injections de morphine, classèrent le morphinisme parmi les psychoses.

Quoi qu'il en soit, l'intoxication par la morphine peut produire des modifications psychiques assez notables. Les facultés mentales, aussi bien dans la sphère intellectuelle que dans la sphère morale et affective, peuvent subir une véritable diminution [Pichon (6), S. W. Dana (7)].

Le caractère change. Les malades deviennent grognons, irascibles ; ils ont, par intervalles, des accès de colère dont la violence peut effrayer l'entourage. On les voit alors interpeller violemment et prendre à parti des gens qui ne s'occupent pas d'eux, brisant tout ce qui tombe sous leurs mains pour satisfaire leur rage

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, p. 610.
(2) J. Falret. *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*, 1853. p. 119.
(3) Magnan. *De l'alcoolisme*, p. 167.
(4) Laehr. Ueber Missbrauch mit Morphium-Injectionen. *Allgemeine Zeit. für Psych.*, 1872, Heft 3, p. 349.
(5) Fiedler. Ueber den Missbrauch der Morphium-Injectionen. *Zeit. für prakt. medicin*, 1874, N. 27, und 28, und *Jahresber. der Gesellschaft für Natur und Heilkunde*, Dresden, 1876, p. 185.
(6) Pichon. *Le morphinisme*. Paris, 1889, p. 94.
(7) S.-W. Dana. Délire morphinique. *The med. Rev. Juli*, 1884.

(Pichon, Rodet) (1). Mais dans la majorité des cas, l'état mental des morphiniques est à peu près indemne [Brouardel (2), Blanche (3), Garnier (4)].

C'est surtout après la suppression qu'on remarque une bruyante agitation, que Levinstein compare au délire alcoolique et appelle *delirium tremens morphinique*.

Ce délire, observé dans l'abstinence, mérite plutôt le qualificatif de *délire amorphinique* (5). Il consiste en un état d'agitation qui apparaît ordinairement dans les dix ou douze heures qui suivent la suppression. Il peut avoir tous les degrés d'intensité, depuis la simple agitation avec angoisse jusqu'à l'accès de manie aiguë. De tous les troubles intellectuels, l'exaltation maniaque est la plus commune (6).

« Les malades s'agitent, poussent des cris, ont des accès convulsifs, jettent les membres à droite et à gauche, frappent les personnes ou les objets environnants. Ils pleurent et crient alternativement, sont en proie aux hallucinations. Souvent ils font des tentatives de suicide ou d'homicide. Ils cherchent à avaler des épingles, à se couper les veines avec du verre, à se blesser avec des ciseaux, des clous ou tout autre objet qu'on aurait eu l'imprudence de laisser à leur disposition. On voit quelquefois de ces accès de manie furieuse au milieu desquels le malade recouvre par instants sa raison (7). »

(1) P. Rodet. *Morphinomanie et Morphinisme*. Ouv. couronné par l'Acad. de méd., 1897, p. 82.

(2) Brouardel. *Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1880.

(3) Blanche. *Ann. médico-psych.*, nov. 1883.

(4) Garnier. Rapport médico-légal sur un cas de vol à l'étalage chez un morphinomane. *Congrès d'Anvers*, 7 sept. 1885, et dans *Semaine méd.*, 1885.

(5) Pichon. *Le morphinisme*. Paris, 1889, p. 393.

(6) Chambard. Les morphinomanes. *Bibl. médicale Charcot-Debove*, p. 124.

(7) Rodet. *Morphinomanie et Morphinisme*, 1897, p. 147.

Au point de vue purement moteur, ce sont des mouvements désordonnés des pieds et des jambes, souvent automatiques, sans aucun but, et qu'on a peine à refréner.

En quelques cas, l'agitation est moins prononcée, ainsi que dans l'observation de M. Magnan citée par Gaudry (1), où les troubles d'excitation maniaque étaient peu marqués et n'ont duré que le premier jour.

Il arrive aussi qu'elle soit extrême. Zambacco (2) parle d'un jeune docteur morphinique chez qui une seule idée prédominait, l'idée de l'injection. Sa femme lui faisant un jour opposition, il fut pris d'un violent accès de manie suraiguë que la morphine seule réussit à apaiser. Il a d'ailleurs succombé à un accès d'agitation analogue.

Jacquet (3) et Garnier (4) citent aussi des observations de morphiniques atteints d'agitation extrême à la suppression de l'alcaloïde.

Ces accès d'agitation se prolongent peu en général ; leur durée varie de un jour, comme dans le cas cité par M. Magnan, à dix jours, comme dans celui rapporté par Zambacco. Toutefois, dans ce dernier cas, une influence alcoolique avait prolongé l'agitation.

Dans l'abstinence, en dehors de l'agitation et même durant l'accès de manie, on peut observer les attaques d'hystérie ou d'hystéro-épilepsie chez des individus qui n'en avaient jamais eu, ou du moins pas eu depuis fort longtemps.

Ces accidents convulsifs ont été étudiés et confirmés

(1) Gaudry. *Le morphinisme pénal*. Thèse de Paris, 1886.
(2) Zambacco. De la morphinomanie. *Encéphale*, 1882, p. 425 et *Gazette méd. d'Orient*, 1882.
(3) Jacquet. *De quelques accidents produits par l'abus de la morphine*. Thèse de Paris, 1882.
(4) Garnier. Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques causées par l'abstinence. *Annales d'hygiène*, 1886, XV, p. 302.

par plusieurs auteurs, entre autres Leidesdorff (1), Garnier (2), J. Voisin (3), Neveu-Derotrie (4).

E. — L'agitation dans les folies organiques.

La paralysie générale. — A la période prodromique de la paralysie générale, l'on constate parfois une exaltation mentale avec agitation, une accélération de la marche des idées, une augmentation des forces musculaires, une activité morbide.

Comme l'exalté maniaque, le paralytique général a le besoin impérieux et perpétuel du mouvement. La stimulation des facultés mentales le pousse à parler beaucoup, à former des projets pour l'avenir, à faire des inventions, et même à entreprendre des voyages, à risquer des spéculations. Il existe aussi une surexcitation sexuelle.

C'est également à cette période que les malades font des excès de boissons, commettent des actes immoraux ou préjudiciables : outrages à la pudeur, etc. C'est la période médico-légale de Legrand du Saulle.

Mais à cette époque, observant attentivement le malade, on note en lui une apathie générale s'étendant à toute l'intelligence (5). Et, malgré l'activité apparente de toutes les facultés, on découvre un affaiblissement psychique un « crépuscule intellectuel ». Ainsi, l'attention amoindrie produit des inexactitudes dans la perception ; l'affaiblissement de la mémoire provoque

(1) Leidesdorff. Die Morphiumsucht. *Wiener med. Wochenschrift*, 1876.

(2) Garnier. Morphinisme avec attaque d'hystéro-épilepsie, ouv. cité. *Ann. d'hygiène*, 1886, XV, 302 ; *Semaine médic.*, 1885, 303.

(3) Voisin (Jules). Morphinomanie et hystérie (*Bull. de la Société méd. des hôp.*, 1890, VII, p. 367.

(4) Neveu-Derotrie. *De l'hystérie consécutive à l'intoxication par la morphine.* Thèse de Paris, 1890.

(5) Schüle. *Leçons cliniques*, p. 345.

des confusions dans les choses lues ou vécues, des erreurs dans les images et souvenirs ; le jugement, la réflexion et la critique amoindris dénaturent les faits, donnent lieu à des défaillances morales ; et le malade a des négligences de tenue, commet des indélicatesses, des grossièretés. « L'observation attentive, dit M. J. Falret, commence déjà à constater quelques absences momentanées de mémoire ou d'intelligeuce, de véritables lacunes dans les conceptions, en un mot, des traces non contestables de *démence commençante* qui sont comme la marque caractéristique de cette maladie mentale, même dès ses premiers débuts. »

Cette exaltation maniaque se transforme souvent en manie, avec des moments lucides auxquels succèdent des paroxysmes d'excitation ou de colère frénétique. Le malade, loquace, incohérent et désordonné, change d'une minute à l'autre; gai, heureux, brusquement il se met en colère pour une cause futile, même sans cause, et devient menaçant, agressif. Dans ces états d'exaltation, quelques-uns ont des hallucinations fort pénibles; ils voient des têtes coupées, des cadavres, sentent l'odeur de viande pourrie, et « s'agitent avec une angoisse désespérée quand ils croient voir en face d'eux un de leurs persécuteurs (1). » Ils ont aussi des illusions des sens. Ils restent maniaques quelque temps, puis le délire aigu survient, ou bien l'agitation décroît et la paralysie suit sa marche progressive.

D'après Schüle le stade maniaque peut se terminer de quatre façons :

1°L'exaltation maniaque peut devenir de la manie grave suivie de démence, ou bien les accès maniaques se répètent jusqu'à ce que le malade arrive à la démence complète ;

(1) Schüle. *Leçons cliniques*, p. 347.

2° On peut observer, après l'affaiblissement qui suit la manie, une période de rémission ;

3° Après la manie, se présente parfois une phase mélancolique. Les deux formes, maniaque et mélancolique peuvent alterner ;

4° L'exaltation maniaque se prolonge des années avec une intensité variable, pour être enfin remplacée par un stade terminal d'apathie.

Démence sénile. — La démence sénile est l'affaiblissement progressif des facultés psychiques parfois compliqué de troubles vésaniques et d'agitation.

La démence est due à l'altération « des cellules ganglionnaires de l'écorce cérébrale et des vaisseaux (Krafft-Ebing) (1) ».

L'anatomo-pathologie de la démence sénile et des démences organiques a été étudiée par Rostan, Bouillaud, Cruveilher, Calmeil et par Durand-Fardel (2), Marcé (3), etc.

Après la période d'invasion, où l'on observe un abaissement général du niveau intellectuel, de la mémoire, de l'attention, de la conception, de l'imagination, le sénile change d'humeur, devient apathique, montre « de l'agitation, de l'anxiété si on lui adresse la parole (4) » ; il fait des gestes embarrassés. Il devient égoïste, avare, méfiant, excitable.

Un peu plus tard, l'enchaînement méthodique et logique des idées devenant impossible, le malade devient incohérent, passe d'une idée à une autre, parle de plusieurs choses à la fois, raconte des histoires interminables. Les phrases paraissent assez correctes, l'incohérence n'existe encore que dans les idées ; ce n'est pas

(1) Krafft-Ebing. *Traité de psychiatrie*, p. 709.
(2) Durand-Fardel. *Maladies des vieillards*.
(3) Marcé. Recherches sur la démence. *Gaz. méd. de Paris*, 1863.
(4) Schüle. *Leçons cliniques*, p. 111.

la marche frénétique des idées comme dans la manie, c'est l'exaltation d'un cerveau sénile.

« Cependant, la démence sénile débute assez souvent par une excitation générale qui persiste pendant plus ou moins longtemps, et qui se révèle par l'exaltation, tantôt d'une fonction, tantôt d'une autre. Cette fonction s'exerce avec une énergie nouvelle et insolite qui trompe le vieillard et en impose à ceux qui l'entourent (1). »

D'autres séniles témoignent une grande sensibilité aux événements ; ils sont tour à tour gais, tristes, de bonne ou mauvaise humeur, agressifs, excités et menaçants. Ils se mettent fréquemment en colère pour peu de chose, contre les gens de leur entourage, et peuvent commettre des actes de brutalité.

Dans les états versatiles, dit Schüle (2), on observe une excitation psycho-motrice incessante et non coordonnée ; les manifestations volontaires se produisent, puis disparaissent brusquement. Si la même manifestation volontaire se reproduit souvent, elle finit par déterminer une sorte de pétrification, et ainsi se produisent les actes automatiques : le malade court pendant des heures, des jours entiers. Si l'on essaye de l'en empêcher, on provoque une colère sans mesure.

Quelquefois, les malades ont des hallucinations [Marcé (3), Laborde (4)] ou des illusions terrifiantes.

Le dément sénile est souvent dans une agitation extrême, avec accès de manie ou exaltation maniaque. Il s'agite en tous sens, sans but, va et vient, s'age-

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II. Paris, 1838, p. 262.
(2) Schüle. *Leçons cliniques*, p. 112.
(3) Marcé. Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile. *Gaz. méd. de Paris*, 1863.
(4) Laborde. *Le ramollissement et la congestion du cerveau principalement considérés chez le vieillard*, 1886.

nouille, se relève, frappe sur les murs, dans ses mains, déplace les meubles, les objets, déchire et brise, sans trêve ni repos. Le langage est très incohérent et il y a impossibilité d'arrêter la marche désordonnée de la pensée. Le sujet parle bruyamment, crie ou chante, lance des vociférations, prononce des mots inintelligibles. Il perd le sommeil, et, toute la nuit, bavarde, incohérent et agité. Ce délire est d'autant plus actif, dit M. Cullerre (1), que les facultés sont mieux conservées ; on peut même le confondre avec la manie tardive qu'on trouve chez le vieillard, manie qui n'aboutit pas nécessairement à la démence.

La terminaison de l'accès maniaque chez le dément est fatale. Le malade, au bout de quelque temps d'agitation, s'affaiblit très rapidement, tombe dans le marasme et dans le coma.

Quelquefois pourtant, l'agitation s'apaise, les troubles moteurs s'amendent, mais le malade reste incohérent et s'achemine lentement vers la démence complète.

(1) Cullerre. *Traité des maladies mentales*, 1890, p. 402.

Médecine légale

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

AU SUJET D'UN INTERNEMENT

Par le Dr Henry BONNET

Directeur-médecin en chef honoraire des asiles publics d'aliénés.

Malgré toute l'expérience de la vie médicale et de la vie sociale, des choses bizarres se présentent sans cesse. Dans notre cadre médico-psychologique, il ne faut s'étonner de rien. surtout depuis les guerres exercées contre nos institutions d'assistance.

« Petites causes, grands effets », a dit Pascal. L'affaire dont je vais parler fit beaucoup de bruit dans les arrondissements de Saint-Malo et de Dinan. Un nommé S..., ayant été interné à l'asile de Lehon, sortit calme et non guéri par décision du tribunal de Dinan. Mal conseillé, il crut devoir se servir de cette décision pour attaquer en séquestration arbitraire, devant le tribunal de Saint-Malo, un médecin des environs de cette ville qui avait donné le certificat d'entrée. Cette question anima beaucoup les esprits dans certains milieux et, comme cela existe depuis quarante ans, on s'éleva contre les médecins, contre les professionnels et contre ces misérables bastilles qu'on nomme des maisons d'aliénés.

Le tribunal de Saint-Malo ne crut pas, dans l'espèce, devoir nommer des experts. On en retrouvera la raison d'être dans le dispositif du jugement qu'à la fin de cet article je relate en son entier, parce que c'est un cas de

jurisprudence pour mes collègues, si un cas analogue se présentait pour eux. — Mon confrère, le Dr X... était très vivement attaqué. Officiensement consulté, je donnai le conseil à l'avoué et à l'avocat du sieur S..., l'homme attaquant, d'abandonner l'affaire. Mais les passions ayant pris un grand caractère d'âpreté, ils me demandèrent résolument une consultation officielle. J'acceptai et cela d'autant plus que, d'avance, je pressentais les conclusions. La cause, en elle-même, était textuellement simple. Elle ne prenait du sérieux que par suite d'éléments passionnels complètement injustifiés. Voici le texte de la consultation, et je suis d'autant plus heureux de la mettre sous les yeux, qu'on se trouve en face d'un cas rare ; mais il faut toujours s'attendre, dans notre profession, par suite des hostilités auxquelles nous sommes en butte, à des attaques imméritées prenant leur source dans l'ignorance et le parti pris ; et puis, nous avons « les procéduriers ». Quelle belle chose que la procédure !

Le sujet dont le cas me fut présenté se rapporte avec une netteté incontestable à des conditions bien connues par le monde spécial scientifique ; mais, ce cas est trop rapidement raisonné par ceux qui, à l'époque actuelle, veulent voir trop vite en ne se reposant que sur des apparences et jugent mal de la philosophie des choses, sans tenir compte de leur inexpérience, en même temps qu'ils ne tablent pas assez sur le véritable savoir des gens compétents.

Notre observation a son puissant intérêt pratique et a besoin d'être discutée avec une dogmatique circonspection.

Le sieur S..., à la fin de 1890, fut l'objet d'un placement volontaire à l'asile de Lehon (Côtes-du-Nord), de la part de sa femme. Le certificat fut délivré par M. X..., officier de santé à Saint-Lunaire, canton de Dinard.

Voici le texte de ce certificat : « Je soussigné, certifie que le sieur S..., âgé de cinquante-six ans, est atteint d'aliénation mentale caractérisée par la manie de la persécution. Ce malade est mélancolique, s'irrite pour rien, injurie, insulte ; il frappe même sa femme pour une futilité ; il la menace de la tuer avec son fusil ; une autre fois il dit qu'il se suicidera. Cet homme n'a jamais abusé de boissons alcooliques, et la cause de sa maladie est héréditaire. Son frère est actuellement dans un asile et son cousin est mort à l'asile Sainte-Anne. Ce malheureux est dangereux, et il est urgent qu'il soit mis dans une maison spéciale. » — Le médecin délégué par le Préfet pour voir le malade, à son entrée, confirme l'aliénation mentale. Le médecin en chef de l'asile confirme, de son côté, que le sieur S... est atteint de dérangement mental, caractérisé par un trouble notable des sentiments affectifs et du jugement, par une susceptibilité excessive et chagrine, par des interprétations fausses et désobligeantes, des récriminations incessantes, puériles le plus souvent, mais parfois violentes jusqu'aux voies de fait et qui ne peuvent s'expliquer que par un état maladif. Fils, frère et cousin d'aliénés, S... subit l'influence de son origine. Dans le relevé du registre matricule, nous relevons la note suivante : « S... partageait son temps entre la culture de son jardin et les soins du ménage, concurremment avec sa femme. C'est sur ce dernier terrain que se place la pierre d'achoppement. Rien, dans le ménage, ne va au gré de S... ; sa femme a tous les défauts ; elle est nulle, paresseuse, dépourvue de tout esprit d'ordre, d'économie, de probité. De là les récriminations, les scènes violentes. Aussi indulgent pour lui-même que sévère pour sa femme, il s'attribue toutes les qualités. Altération des sentiments affectifs, et troubles profonds du jugement. Toutefois, ce délire circonscrit, laissant l'intelligence intacte de divers

côtés, ou à peu près, le sieur S... raisonne avec une lucidité très propre à en imposer tant qu'il se tient en dehors du cercle fatal. C'est bien l'obsession. » A l'asile, S... écrit beaucoup, pour protester de sa sanité d'esprit, au Président du tribunal, au Parquet, etc. Enfin, le tribunal de Dinan nomme une commission de trois médecins pris en dehors de l'Etablissement, à l'effet de donner son avis sur S... ; ils délivrent un certificat dont la teneur est : « S..., prédisposé par hérédité aux affections mentales est un homme exalté, parfois violent, déséquilibré, en proie à l'idée fixe que sa femme fait tout pour le contrarier et le pousser à bout ; cet état ne présente pas un caractère assez dangereux pour nécessiter l'internement du sieur S... » A la suite de cette appréciation médicale, le tribunal ordonne la sortie immédiate.

Dans une dernière note, le médecin en chef de l'asile maintient que S... est un délirant persécutif, et même persécuteur. Pour M^me^ S..., à la suite de la décision du tribunal, elle s'est montrée très effrayée à l'idée de reprendre la vie commune, et a quitté, pour vivre à part, le domicile conjugal avec ses enfants. Quant à S..., il a pensé, et depuis quinze mois qu'il est sorti de l'asile — chose assez bizarre — qu'il était temps d'attaquer le D^r^ X..., de Saint-Lunaire, et le médecin de Lehon, pour l'avoir considéré comme aliéné, l'avoir fait interner et retenu indûment. Il a constitué avoué et avocat près le tribunal de Saint-Malo et réclamé l'assistance judiciaire qu'il a obtenue. L'avoué et l'avocat ne se dissimulèrent pas la délicatesse du cas et me demandèrent une consultation. J'acceptai, parce que je vis là des faits professionnels, de droit administratif et de jurisprudence médicale qui me semblaient avoir leur véritable acception totalement légitimée et qu'il y avait un intérêt fort indicatif pour notre sociologie psychique.

Les questions qui m'étaient posées étaient les suivantes :

1° Le sieur S... était-il aliéné avant son entrée à l'asile de Lehon?

2° Lors de son séjour à l'établissement, y a-t-il eu régularité dans la conduite administrative envers le sieur S... ?

3° *Quid* du certificat d'entrée et des conditions dans lesquelles il a été délivré ?

4° M. X..., médecin à Saint-Lunaire, peut-il, en tant qu'officier de santé, délivrer un certificat?

5° *Quid* des certificats ayant occasionné la sortie ?

6° Le médecin de Saint-Lunaire s'est-il entouré de tous les renseignements qu'il devait prendre avant de délivrer le certificat ?

7° Quelle conclusion peut-on tirer de l'internement primitif et de la sortie ?

1° C'est à la première question que sont subordonnées toutes les autres.

Toutes les fois qu'on rencontre des malheureux personnages comme notre sujet, certainement digne de la plus haute pitié, on se trompera rarement en ayant comme objectif le « cadre héréditaire » ; ils sont d'un anormalisme qui fait la désespérance des psychologues et des magistrats ; ce sont des cérébraux natifs auxquels, et indifféremment, les spécialistes ont donné les qualifications de manie instinctive, folie lucide, folie morale, etc., sur lesquelles je reviendrai dans un instant, mais sommairement, parce que je tiens à me renfermer dans le simple rôle d'esquisseur et d'indicateur.

De l'énorme mémoire de sa vie écrit par le sieur S..., il résulte très clairement que c'est un maniaque raisonnant, assailli de perturbations de la sensibilité, d'un grand éréthisme imaginatif ; il a, sans cesse, des erreurs de perception et de jugement et est d'une instabilité cons-

tante. Il a eu et a peut-être encore de grandes qualités artistiques comme céramiste ; mais il ne sait user de rien parce qu'il est toujours dans le rêve et n'offre aucune consistance. Il n'est pas foncièrement mauvais garçon, et la plupart de ses amis lui portent un réel intérêt ; mais il est toujours en suspicion devant tout et devant son entourage en particulier. Il peut se faire que sa femme n'ait pas toujours été gracieuse avec lui ; mais, il faut avouer aussi qu'il est bien malaisé de vivre avec les hommes à compromission mentale comme S... ; il ressort tangiblement de toutes les particularités de sa vie, que c'est un persécuté très encombrant. Si les plus grandes désunions ont eu lieu dans le ménage, elles s'expliquent, et S... avec lui-même, en ses écrits, des injures et des brutalités envers sa femme.

S... a eu de belles qualités qui auraient pu avoir un aboutissant sérieux à la condition d'un maître pour le conduire ; seul, il ne pouvait que sombrer. Il est évident que, dans les conditions actuelles de la science, il faut toujours s'attendre à des débats sur l'état mental pathologique d'individus en apparence raisonnables, mais dont les éléments intellectuels et moraux ont des consonnances natives qui entraînent des désordres variés, tout en ayant parfois des limitations ; ces phénomènes dispositifs doivent ressortir pour nous à la tare que les viciosités ancestrales ont exercée sur les qualités intellectuelles et affectives des descendants. S... est un esprit aigri, souffrant, inquiet de tout, à exubérance imaginative, s'insurgeant gratuitement et impulsivement contre les plus petits événements de la vie ; c'est le sensationnel qui, au lieu de voir avec évidence les choses telles qu'elles sont, les transforme et les systématise. Les écrits de S... forment à eux seuls une observation médico-psychologique parfaite. Cet homme, digne de la plus grande commisération, a apporté dans

lui-même, et à sa naissance, des conditions de causalité d'ordre cérébral et de névropathie spéciale qui ont, dans les sphères intellectuelles et morales, donné un ébranlement à tous les devoirs de comparaison, de décision saine, et apporté les plus graves atteintes à l'*integritatem mentis* visée par le jurisconsulte.

Autrement, l'investigation attentive de l'observateur austère et impartial découvre chez S..., à côté de belles résolutions, de grandes conceptions, une évolution de phénomènes pathologiques qui, s'entre-choquant d'une façon incessante, constituent l'état morbide *ipso facto* et *sui generis* de l'origine héréditaire.

La mentalité des héréditaires est tout à fait spéciale ; sous une apparence lucide ils sont continuellement brouillés avec le jugement, passant sans cesse d'un point à un autre ; s'ils ont, parfois, des vues incontestablement bonnes, ils ont aussi le défaut d'avoir l'imagination trop en rut, offrent des instabilités constantes et ont toujours de nouvelles envolées. Par incorrections sensationnelles et discordances perceptives, ils s'occasionnent, et en croyant bien faire, la perte de toutes leurs entreprises, se rendent impossibles à eux-mêmes et insupportables aux autres. Certes, on ne saurait leur en vouloir ; ils croient savoir se diriger, et ils ne *peuvent* pas ; or, le *pouvoir* est un des deux grands termes du libre arbitre.

Si, parfois, on les remet dans le droit chemin, ils le quittent rapidement, par suite de la grande fugitivité de leurs sensations et de l'exagération maladive de la sensibilité.

Il y a déjà longtemps, dans un rapport sur un grand cas criminel, et plusieurs fois depuis, j'ai employé une parole humoristique qui me semble toujours vraie, à savoir que, si l'on suit bien attentivement tels individus, on pourra dire, sans crainte, d'eux : « Ce sont des

candidats à l'aliénation mentale. » Ces pauvres geus, véritables amoraux, ont une virtualité raisonnante, des qualités naturelles et primesautières égarant l'opiniou de ceux qui ne vivent pas constamment avec eux et ne subissent pas leurs anomalies ; mais les médecins expérimentés ont aperçn tangiblement les stigmates et voieut chez les malheureux dont nous parlons des obsédés, des systématisés protéiformes. La science est depuis longtemps fixée sur ce point dont on trouve les premiers vestiges dans Fernel, le médecin d'Henri II, et dans Paul Zacchias, le médecin d'Innocent III ; Esquirol insiste très longuement snr ce délicat point médico-psychologique et dit avec une admirable sagesse qne si, de bonne heure, on savait examiner les singularités des enfants, ce serait un prodrome d'avertissement pour leurs éducateurs, et il ajoute — immense puissance de vues du célèbre aliéniste — que c'est daus le ventre de la mère qu'il faut aller chercher la source des excentricités premières, des auomalies mentales, des fautes morales et, j'ajonterai, des anacoluthes d'intelligence et d'actes. — Pinel avait fait reutrer ces types qui nous occupent, et dont S... fait partie, dans les maniaques sans délire, ces êtres à grauds orages sensationnels qui devront pertnrber l'entendement et entraver le libre arbitre. Or, comme a dit justement notre illustre Ferrus, « il n y a pas de troubles de facnltés affectives sans troubles des facultés intellectuelles ». — On a encore appelé ces gens-là « maniaques instinctifs » parce qu'ils peuvent avoir, à certains moments indéterminés et qu'ou ne saurait jamais prévoir, des impulsions à caractère dangerenx ; c'est ce qni se retrouve dans les brutalités dout S... s'accuse lui-même et dans les grossières injures, injures non justiciables, dont il se reud coupable. J'ai dit qnelqne part, dans un de mes ouvrages, « qu'il faut toujours se tenir en défiance envers un indi-

« vidu chez lequel il y a défaut de consonance dans « l'usage des facultés, quand même une expérience déjà « longne anrait pu le faire croire inoffensif. » — Telle était également l'opinion de Trélat et de Moreau (de Tours) quand ils appelaient les héréditaires des « fous lucides » ; ces cérébraux raisonnent sans raison et font reposer tous leurs faux jugements sur le compte de leurs obsessions et de leurs convictions instinctives ; ce sont des perturbés admis chez les gens du monde comme sérieux, et qui n'en sont pas moins très nuisibles à eux-mêmes et aux autres. C'est dans le même genre d'idées, à peu de chose près, que Falret a établi la « folie circulaire ». Il y a, en effet, comme l'a dit Morel, nne circularité avec temps de repos chez les déconsidérés de naissauce qui viennent, comme dans le cas du sieur S..., se stéréotyper eux-mêmes dans leurs écrits, point sur lequel le regretté Marcé a tant insisté. — Morel ajoute : « On s'abuse généralement sur les aliénés de naissance parce que l'on a pu remarquer chez plusieurs de belles aptitudes spéciales, et, pour ainsi dire, innées. D'aucuns ont été vus chez lesquels existaient des dispositions naturelles qui sont plutôt le résultat de conditious organiques préexistantes que le fruit du travail intellectuel subséqnent et dn raisonnemeut. » — Il en a été ainsi, en art céramique, ponr S..., qni s'y montre, pendant un instant, très distingué ; il eu a été de même pour des musiciens ou des calculateurs dont on faisait des prodiges, et qui sont spontanés et instinctifs, jettent tous leurs jets d'un coup, s'arrêtent ensuite en route et n'ont plus ni consistance, ni direction.

De même pour S..., il n'a pas pu dépasser le point voulu ; il a donné, jusqu'à une certaine heure, la somme de ce qu'il pouvait ; mais ses éléments intellectuels, entremêlés d'inégalités et d'incorrections, ont

été sous le joug d'erreurs de perception, d'insolidités mentales, de tendances obsessives et particulières dont l'innéisme se retrouve clairement dans les conditions ancestrales. S... ne pouvait faire autrement que d'être un stérile de l'existence, un valétudinaire intellectnel et moral. Il a appartenu à la classe que Félix Voisin a appelée « des génies partiels », lesquels accumulent mal les choses et finissent par tomber dans l'individualité morbide qu'ils transmettent presque invariablement à leurs descendants comme ils la tenaient, eux-mêmes, de leurs ascendants. J'ai fini la discussion que je tenais à documenter le mieux possible pour bien fixer les idées. Il en résulte, comme conclusion formelle médico-légale, que S... était aliéné avant son entrée dans l'établissement de Lehon, et que son internement était très justifié.

2° Pour répondre à la seconde question, c'est d'une grande simplicité. L'internement s'est produit avec une doctrinale régularité, en vertu de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838. Les articles 9, 10, 12, 13, 15 ont été rigoureusement observés. Le sieur S... a pu, sans la moindre opposition des chefs de l'établissement, communiquer avec les autorités compétentes et adresser ses réclamations ; aucune entrave n'a été mise aux visites. Le médecin en chef déclare que le sieur S... est calme le plus généralement; il lui a laissé la plus grande liberté pour tout travail qu'il jugeait convenable de faire ; mais il n'admet pas ses revendications, ce qui est son droit organique, et persiste à déclarer que S... est un persécuté délirant et un persécuteur.

3° *Quid* du certificat d'entrée et des conditions dans lesquelles il a été délivré? Il est de toute évidence qu'il est légitimé. Il a été pris par le médecin de Saint-Lunaire, sur la demande de M^me^ S..., rédigé sur papier timbré et daté de moins de quinze jours ;

la signature est légalisée. Le tout est correct ; en droit, le médecin a donné son avis ; libre à Mme S... de ne pas le suivre ; en droit et en fait, c'est Mme S... qui fait le placement, et non pas le médecin.

4° Le médecin de Saint-Lunaire avait-il le droit, comme officier de santé, de donner un certificat ? Oui ; la loi ne fait aucune différence entre les docteurs et les officiers de santé ; dans tons ses articles on ne voit jamais que le mot « médecin » sans qualification distinctive.

5° Le médecin de Saint-Lunaire s'est-il entouré de tous les renseignements nécessaires avant de délivrer le certificat d'entrée ? Il est limpide que ce parfait honnête homme n'a pas dû agir d'une façon puérile, et la teneur de son certificat prouve que c'est avec sévérité qu'il a fait son diagnostic. Du reste, tout médecin fait l'examen de ses malades selon le mode qu'il croit devoir employer, et l'on n'a pas le droit de lui fixer des règles ; en déontologie, on ne peut avoir aucune divergence à ce sujet. Selon tout droit administratif et toute jurisprndence médicale, le certificat a la sanité désirable. Un médecin, cependant, pourrait se tromper dans son diagnostic, et c'est pour cela que la loi a été sage en demandant un certificat de vingt-quatre henres au chef de l'établissement ; et, dans sa sagesse encore, elle demande à ce dernier un second certificat au bout de quinze jours pour rectifier, s'il y a lieu, le diagnostic du premier. Donc, tout procès de tendances envers le médecin de Saint-Lunaire, ou envers le chef de service de l'asile, est inacceptable.

6° *Quid* du certificat ayant déterminé la sortie ? Rien de plus discordant que la teneur du certificat des trois médecins nommés par le tribunal de Dinan, et la conclusion finale. Ces messieurs sont, et d'un façon complète, en accord avec le médecin de Saint-Lunaire et

le médecin en chef de Lehon ; mais, par une antinomie regrettable, ils concluent d'une façon contraire à leur appréciation ; on ne saurait que trouver exorbitant ce document qui devait entraîner fatalement l'ordre de sortie par le tribunal de Dinan. Il est, dès lors, de toute évidence que c'est sur l'opinion des médecins pour la sortie que le sieur S... se base pour vouloir être reconnu non aliéné par la justice et pour demander au tribunal de Saint-Malo des dommages-intérêts au médecin de Saint-Lunaire pour internement arbitraire. Or, les médecins commis par le tribunal de Dinan reconnaissent formellement le sieur S... comme aliéné ; ils disent, seulement, qu'il n'est pas dangereux ; ce n'est qu'un diagnostic médical partiel qui a entraîné la détermination des juges pour l'*exeat* immédiat : *res judicata pro veritate habetur*. Eh bien ! sans tout cela, *mutch ado about nothing*. Toute la jurisprudence médicale a été bien observée ; les conditions légales se sont exécutées comme il semble qu'elles devaient l'être, et le sieur S..., puisqu'il est sorti par autorité judiciaire, a eu satisfaction de toutes ses réclamations. Que demande-t-il donc ? N'avoir pas été aliéné et vouloir se faire déclarer non aliéné par autorité de justice. On avouera que c'est un comble. Mais, pourquoi ne pas comprendre sa femme dans le procès qu'il intente ? car, le médecin n'a eu qu'une opinion : c'est la femme qui a placé.

7° La dernière question qui m'est posée est : « Quelle conclusion peut-on tirer de l'internement et de la sortie ? » Il y a eu la plus grande régularité, tant du côté médical, que du côté de l'autorité. Le sieur S... ferait fort bien de se désister de l'action qu'il intente devant la justice ; il a pour lui toutes chances que celle-ci lui soit défavorable et le déboute de sa demande. Autrement, toutes enquêtes aboutiraient à prouver que le sieur S... a été aliéné et que son état mental

offre, aujourd'hui, les mêmes conditions d'insolidité.

Ma consultation devait nécessairement être remise à l'avoué et à l'avocat de la partie adverse, et le tribunal de Saint-Malo devait s'en saisir. Le tout a été résolu dans mon sens, et j'engage vivement mes collègues à conserver le texte de jurisprudence qu'il peut être utile d'invoquer en raison des attaques contre notre sociologie spéciale qui sont loin d'être terminées.

« Le tribunal de Saint-Malo, ouï les avoués et avocats des parties adverses en leurs plaidoiries et conclusions, le ministère public entendu, et après avoir délibéré conformément à la loi ;

« Attendu que X..., médecin à Saint-Lunaire, a délivré, comme médecin, un certificat constatant que S... qu'il avait examiné à plusieurs reprises, était atteint d'aliénation mentale, dangereux pour lui-même et pour son entourage, et qu'il était urgent de le renfermer dans une maison d'aliénés ;

« Attendu que, sur la production de ce certificat, la femme de S... a fait admettre son mari à l'asile d'aliénés de Lehon ;

« Attendu que S... prétend qu'il n'a jamais été atteint d'aliénation mentale ; qu'il en trouve la preuve dans le jugement du tribunal de Dinan, ordonnant sa sortie immédiate de l'établissement de Lehon ; qu'il offre, subsidiairement, de prouver par experts qu'il jouit de la plénitude de ses facultés mentales, et qu'il conclut en des dommages-intérêts envers X..., médecin à Saint-Lunaire, pour le préjudice que celui-ci lui a causé en le faisant enfermer dans une maison d'aliénés ;

« Attendu que S... pour réussir dans sa demande contre X..., médecin à Saint-Lunaire, doit prouver que ce dernier a commis une faute et qu'il résulte de cette faute un préjudice pour lui, S... ;

« Attendu que S... ne fait aucune preuve d'un concert frauduleux entre sa femme qui, seule, a provoqué son internement, et le médecin de Saint-Lunaire ; qu'il n'allègue même pas que ce dernier ait agi de mauvaise foi ; qu'il se borne à prétendre que le médecin de Saint-Lunaire a commis une faute en délivrant un certificat constatant faussement que S... était atteint d'aliénation mentale ;

« Attendu que le jugement rendu par le tribunal de Dinan, et ordonnant la sortie immédiate de S... de l'hospice de Lehon, vise le rapport des docteurs commis par la justice à l'effet de donner leur avis sur l'état mental de S..., et l'article 29 de la loi du 30 juin 1838, mais ne contient pas de motifs ; qu'on ne saurait, par suite, y trouver la preuve que X... n'était pas aliéné lors de son admission à l'hospice ;

« Attendu que, deux jours après l'entrée de S... à l'établissement de Lehon, le docteur P..., délégué par le préfet des Côtes-du-Nord, a visité S... et a délivré un certificat constatant qu'il était atteint d'aliénation mentale ;

« Attendu que, quinze jours plus tard, le médecin en chef de l'établissement de Lehon a délivré un second certificat constatant également que S... était aliéné ;

« Attendu qu'il est de jurisprudence que l'exercice de la médecine, au point de vue scientifique, ne peut entraîner aucune responsabilité et qu'en outre, dans l'espèce, en présence de la conformité des certificats de plusieurs médecins, on ne peut affirmer que le médecin de Saint-Lunaire était entaché d'erreur et a causé un dommage à S....;

« Attendu qu'il est sans utilité de rechercher si S... est sorti guéri ou non de l'établissement où il était renfermé et que, par suite, la demande d'expertise formée par lui ne doit pas être accueillie ;

« Attendu que S... n'a pas fait la preuve de ce qui lui incombait ;

« Par ces motifs, statuant en matière ordinaire et en premier ressort, déboute S... de toutes ses demandes, fins et conclusions. »

Comme on le voit, le tribunal a complètement donné raison à toutes les déductions de la consultation qui m'avait été demandée. J'ai été heureux d'avoir pu contribuer à dégager l'honorabilité du médecin de Saint-Lunaire et de fournir à mes collègues de la spécialité un document de jurisprudence qu'on peut, à un moment donné, avoir besoin de consulter et qui peut servir d'appui.

Établissements d'aliénés.

UNE VISITE

A LA

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

DE GIESSEN (GRAND-DUCHÉ DE HESSE)

Par le Dr P. LADAME (de Genève).

La cérémonie d'inauguration des bustes de Baillarger et de Falret, qui a eu lieu le 7 juillet 1894 par la Société médico-psychologique, a rappelé combien ces illustres maîtres ont contribué au développement de l'enseignement clinique des maladies mentales, créé par Pinel et Esquirol à la Salpêtrière, au commencement de notre siècle. L'Allemagne entra bien tard dans ce mouvement (1). Il fallut toute l'énergie d'un polémiste de génie, Griesinger, qui s'était inspiré des maîtres français, pour secouer la torpeur et vaincre l'hostilité de la plupart des psychiatres allemands de son époque, au risque d'être taxé de manque de patriotisme. Griesinger n'a pas hésité à citer les paroles de P. Falret qui disait, en 1850, dans son mémoire sur les cliniques psychiatri-

(1) Des tentatives avaient été faites cependant à Berlin par Horn et Neumann et, à Würzbourg, par Muller, au commencement du siècle. Voir le rapport du Dr Doutrebente au Congrès de Toulouse, 1897, et le mémoire du professeur Rieger : *Die Psychiatrie in Würzburg von* 1583-1893, tirage à part du *Verhandl. d. phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg*. Nouvelle série, vol. XXVII.

ques, en parlant des médecins aliénistes : « Plusieurs d'entre eux, *surtout en Allemagne*, vont jusqu'à prétendre qu'un semblable enseignement, dans les asiles consacrés aux aliénés, est incompatible avec leur traitement. » Le Dr Ideler, un des prédécesseurs immédiats de Griesinger, n'était-il pas encore partisan de la doctrine du péché de Heinroth comme cause des maladies mentales ! La réaction contre cette conception purement théologique alla si loin que les adeptes de l'école somatique ne cherchaient plus dans le cerveau la lésion pathologique de la folie, mais la localisaient de préférence dans un organe quelconque du corps, le plus souvent dans le gros intestin. L'ouvrage célèbre de Schrœder van der Kolk sur la pathologie et thérapie des maladies mentales (paru en hollandais en 1852, traduit en allemand en 1863, et en anglais en 1870) est encore basé essentiellement sur les mêmes principes. Wernicke (1), qui rappelle ces faits, dit qu'on les a trop oubliés et qu'on doit s'en souvenir pour bien comprendre à quel point la science psychiatrique est jeune en comparaison des autres principales sciences cliniques, dont le développement remonte au commencement du XIXe siècle ; et le professeur de Breslau ajoute : « C'est seulement depuis Griesinger, en 1868, tout au moins chez nous en Allemagne, que notre spécialité a été élevée au rang de science clinique. »

Il est urgent, disait Griesinger, de s'occuper activement de l'institution de cliniques psychiatriques régulièrement organisées. Il est nécessaire que ces cliniques soient placées le plus près possible des autres cliniques, intimement reliées avec elles et établies sur le même pied qu'elles.

(1) Zweck und Ziel der psychiatrischen Kliniken, von prof.-doct. C. Wernicke. *Klinisches Jahrbuch*, 1er Band. Berlin, 1889, p. 218.

Les vues de Griesinger triomphent aujourd'hui partout dans son pays natal. Chaque année, on fonde, d'après son programme, dans les villes universitaires allemandes, de nouveaux asiles cliniques qui offrent une organisation perfectionnée pour l'étude et l'enseignement des maladies mentales. J'ai donné ailleurs (1) une description de la plupart de ces cliniques sur le fronton desquelles on pourrait graver désormais la belle parole d'Esquirol : « L'asile d'aliénés doit être un instrument de guérison » ; car, pour la première fois dans les établissements d'aliénés, on a constaté une haute moyenne de guérisons, 56 à 60 p. 100 annuellement, par la simple raison que les malades y entrent aussi facilement que dans les autres cliniques, c'est-à-dire pendant qu'ils sont encore curables.

La clinique psychiatrique de Heidelberg a été inaugurée le 15 octobre 1878 (2) ; celle de Leipzig, le 2 mai 1882 (3) ; celle de Strasbourg, le 29 octobre 1886 (4) ; celle de Fribourg en Brisgau, en 1887 ; celle de Halle, le 29 avril 1891 (5) ; celle de Würzbourg, le 1er juin

(1) *Le nouvel asile des aliénés à Genève et les questions qui s'y rattachent.* Genève, 1895. Georg et Ce, libraires de l'Université.

(2) *Ueber Irrenkliniken an der Hand eines Berichtes über den Betrieb der Universitäts-Irrenklinik* zu Heidelberg während der Jahre 1878-1883, von prof. doct. Fürstner, Director der Klinik. Heidelberg, 1884.

(3) *Die Irrenklinik der Universität Leipsig und ihre Wirksamkeit*, in den Jahren, 1882-1886, von Dr Paul Flechsig, prof. de psychiatrie et directeur de la clinique. Leipsig, 1888.

(4) *Vorgeschichte und gegenwärtige Einrichtung der psychiatrischen Klinik in Strassburg*, von dem Direktor derselben, prof.-doct. F. Jolly. Strasbourg, 1887.

(5) Neubau der Psychiatrischen und Nerven Klinik für die Universität Halle-a.-S., von prof.-doct. E. Hitzig (*Klinisches Jahrbuch*, Band II, 1890 et Band III, 1891, — Voir aussi : *Bericht über die Wirksamkeit der Universität-psychiatrischen und Nerven-Klinik*, zu Halle-a.-S., für die Jahre, 1885-1886 und 1886-1887, von prof.-doct. Ed. Hitzig, directeur de la clinique. Halle, 1887.

1893 (1) et enfin celle de Giessen, la seule dont je m'occuperai ici, s'est ouverte avec le semestre d'hiver 1896-1897.

On trouvera aussi des renseignements intéressants sur les cliniques psychiatriques allemandes, entre autres dans les publications des professeurs Louis Meyer, de Gœttingue (2); C. Wernicke, de Breslau (3); Otto Binswanger, d'Iéna (4).

Le principe fondamental de la création des nouvelles cliniques de psychiatrie dans les facultés de médecine allemandes, à savoir la réunion de toutes les cliniques dans un même quartier, offre de grands avantages et a produit d'excellents résultats. Toutes les cliniques ont besoin les unes des autres et s'entr'aident les unes les autres. Il se fait entre elles un échange constant de bons services. Chaque clinique garde son indépendance, tout en complétant utilement ce qui fait défaut aux autres. Chacune contribue ainsi au développement harmoni-

(1) Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg, von prof.-doct. Rieger. *Vorstand der Klinik. Klinisches Jahrbuch*, Band V, 1894. Mit einem Plan.

(2) Die psychiatrische Klinik der Universität in Göttingen, Bericht für das Jahr, 1887-1888, von prof.-doct. Ludwig Meyer. in *Klinisches Jahrbuch*, Band I, 1889, p. 212.

(3) Outre le mémoire déjà cité, voir l'article : Stadtasyle und psychiatrische Kliniken, von prof.-doct. C. Wernicke; in *Klinisches Jahrbuch*, Band II, 1890, p. 186.

(4) Die Lehraufgaben der psychiatrischen Kliniken, von prof.-doct. Otto Binswanger, in Jena. *Klinisches Jahrbuch*, Baud IV, 1892, p. 45.

On pourra consulter utilement aussi sur ce sujet les travaux suivants :

Psychiatrie und psychiatrischer Unterricht, von prof.-doct. Westphal. Berlin, 1880.

Ueber die Bedeutung des psychiatrischen Unterrichts für die Heilkunde. Antrittsrede gehalten an der Reichsuniversität, in Utrecht an 20 sept. 1893, von Dr C. Winkler, professor der Psychiatrie. Leipsig, 1894.

Ueber Neubauten für psychiatrische Kliniken, von prof. Rieger, in Würzburg. *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, août 1894, p. 406.

que de l'organisme général formé par l'ensemble. Lorsque les diverses cliniques sont disséminées dans des hôpitaux, séparés souvent par de grandes distances, ce n'est pas seulement la perte de temps infligée aux élèves qui en est le principal inconvénient, c'est surtout la nécessité d'avoir une organisation nécessairement incomplète et insuffisante pour faire face aux complications qui se présentent toujours dans un service d'hôpital ; tandis que, lorsque les cliniques sont réunies, on trouve immédiatement sur place toutes les ressources de chaque spécialité et l'on peut donner à chacune d'elles tout le développement qu'elle est susceptible d'acquérir. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ces avantages qui sont de plus en plus appréciés dans les écoles de médecine en Allemagne et en Russie.

L'université de Giessen, qui aura bientôt trois siècles d'existence (elle fut fondée en 1607), a fait construire un véritable village médical sur un plateau incliné au sud-ouest de la ville, qui porte le nom de Seltersberg, et d'où l'on jouit d'une vue étendue sur la fertile vallée de la Lahn. Lorsqu'on remonte la route de Frankfort, on trouve au sortir de la ville, à gauche, une colonie de riantes villas, entourées de jardins, sans murailles ni sauts de loup.

C'est le nouvel asile urbain, la clinique psychiatrique, qui termine dans ce quartier la série des établissements hospitaliers destinés à l'enseignement médical et aux cliniques universitaires. Il est situé tout auprès des instituts d'anatomie pathologique et d'hygiène, des cliniques de chirurgie, d'ophthalmologie et de médecine interne.

L'asile est bâti d'après le système des pavillons, dont les deux plus importants, destinés aux malades agités, sont reliés aux stations des cellules d'isolement par des galeries couvertes.

La maison du médecin-directeur et celle de l'économe se trouvent sur le bord de la route de Francfort (1). Elles sont séparées de la colonie proprement dite par une légère clôture métallique, qui ne masque en rien la vue de ce qui se passe dans les préaux, mais qui indique suffisamment que l'on entre dans un asile fermé dont les portes ne s'ouvrent pas toutes seules selon le caprice des malades.

En pénétrant dans la colonie, depuis la villa du directeur, on se trouve dans la division des hommes, qui est composée de quatre pavillons, comme celle des femmes à l'autre extrémité de la colonie ; ces deux divisions sont disposées symétriquement autour du bâtiment central et de celui des cuisines qui sont au milieu de la colonie (2).

Le bâtiment principal comprend, au rez-de-chaussée, les bureaux de l'administration et les locaux pour la policlinique, ou consultation externe, composés de deux salles et d'une chambre d'infirmiers. On n'y soigne pas seulement les malades qui se présentent à la consultation gratuite, mais on y traite, en les hospitalisant, ceux qui sont atteints de maladies du système nerveux, et que le professeur retient pour les besoins de l'enseignement ; car la clinique psychiatrique de Giessen, fidèle au principe moderne proclamé par Griesinger, n'est pas un simple asile d'aliénés, mais comprend l'étude de la médecine mentale et de la neuropathologie, dont l'union nécessaire vient d'être encore

(1) Zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik an der Landes universität Giessen, von prof.-doct. Sommer, tirage à part du *Correspondenz Blatt. d. ärztlichen Vereine d. Grossherg.* Hessen, avec un plan. 1896, nos 3 et 4.

(2) M. le Dr de Boeck a donné une bonne description de cette clinique dans le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, n° 83, décembre 1896, p. 393.

démontrée avec éloqnence au Congrès d'Angers, par M. le Docteur Motet, dans son discours d'ouvertnre.

On trouve en outre au rez-de-chanssée, à droite, nn oratoire, et dans l'angle opposé, à ganche, la bibliothèque. Sur la face postérieure, dn côté dn jardin, sont les chambres des denx médecins (an plain-pied et au premier étage), qui sont disposées aux angles dn bâtiment, de telle sorte que chacnn des médecins pent surveiller, depnis ses fenêtres, les pavillons de son service, dans lesquels il pourra se rendre facilement et rapidement. Tous les pavillons sont, du reste, reliés entre eux et avec l'appartement des médecins par le téléphone, ce qui corrige les inconvénients d'nne trop grande décentralisation, inhérents à ce système.

Vis-à-vis de la bibliothèque, en arrière, nne grande salle de laboratoire destinée aux collections des pièces anatomiques. Cette salle sert aussi pour les examens des malades de la policlinique.

Au premier étage, la grande salle des cours cliniqnes, supérieurement aménagée, entonrée de divers laboratoires, nne salle de photographie, laboratoire de chimie, ponr les recherches des composés organiqnes (toxines, etc.) dans le cerveau, nn laboratoire d'anatomie et d'histologie et nn autre enfin qni ne devrait manquer dans aucune clinique psychiatriqne, celui de psychologie expérimentale et de psycho-physique. Une partie de ce laboratoire est affectée aux recherches optiqnes et acoustiques. On y trouve tous les appareils spéciaux nécessités par ce genre de recherches, entre autres nn phonographe qui a déjà rendu de grands services à la cliniqne.

Le quartier des hommes et celui des femmes se composent chacun, comme nous l'avons dit, de quatre pavillons séparés, dont le premier, situé à droite et à gauche du bâtiment central, est réservé aux malades

tranquilles qui n'ont pas besoin d'une surveillance particulière et qui sont libres de leurs mouvements. Ce pavillon renferme trois salles de réunion, confortablement arrangées, et une série de chambres particulières, meublées simplement, mais avec un peu plus de luxe, pour les pensionnaires. Le deuxième pavillon, placé en arrière (de chaque côté du bâtiment des cuisines), est destiné à recevoir les malades tranquilles qui nécessitent une surveillance de tous les instants (mélancolie-suicide, etc.). Nous trouvons ici, outre la salle commune et les chambres particulières (qui peuvent servir aussi de chambres d'isolement) une grande salle de surveillance continue, dans laquelle les malades, traités par le repos au lit, sont placés jour et nuit sous la surveillance ininterrompue des médecins ou des gardes. Dans ce but, le pavillon renferme l'appartement du troisième médecin assistant (chez les femmes) et du médecin adjoint volontaire (chez les hommes), qui sont ainsi toujours prêts à se rendre auprès des malades en cas d'urgence.

Le troisième pavillon, sur la même ligne que le second à droite et à gauche, reçoit les malades agités qui ont besoin d'être surveillés continuellement. Le gardien-chef y a sa chambre ; il est spécialement chargé du contrôle de la salle de surveillance.

On trouve aussi dans ce pavillon (outre la salle de bains qui ne manque dans aucune villa), un cabinet destiné à l'examen clinique des malades, dans lequel on a sous la main tout ce qui est nécessaire pour une observation scientifique exacte et soignée des aliénés au point de vue physique ou psychique (appareils photographiques, phonographe, instruments de psycho-physiologie, etc.). Le professeur Sommer estime que cette organisation, qui permet l'examen et l'observation scientifique des malades et qui est établie tout auprès de la salle de surveillance continue, répond à un des

postulats les plus importants de la psychiatrie clinique. Elle est essentiellement destinée, dans l'esprit de son créateur, à montrer que la psycho-pathologie affirme de nouveau ses droits pour l'étude de l'homme *vivant*, à une époque où l'interprétation purement anatomique des troubles cérébraux risque d'accaparer trop exclusivement les psychiatres contemporains.

Au premier étage de ce troisième pavillon sont placés les demi-agités, avec une salle de réuniou, deux dortoirs, deux chambres d'isolement (avec isolement acoustique), une chambre de bains et un cabinet de toilette.

Ce troisième pavillon est relié au quatrième par un corridor qui sert de passage conduisant aux cellules. Celles-ci sont au nombre de quatre de chaque côté, dont l'une, destinée aux aliénés criminels en observation, est de construction particulièrement solide.

Le jeune professeur de Giessen n'a pas suivi, pour cette installation, l'exemple de son maître M. Rieger, de Würzbourg, qui a supprimé complètement les cellules d'isolement dans sa clinique. C'est que les conditions ne sont pas précisément les mêmes dans les deux villes. A Giessen, l'établissement devait remplir le double but de satisfaire aux besoins de l'enseignement psychiatrique universitaire et de servir en même temps d'asile pour les aliénés du grand-duché de Hesse, qui ne pouvaient être séquestrés dans les anciens asiles encombrés de Hofheim et de Heppenheim. Il nous paraît intéressant toutefois de constater que M. Sommer n'a pas cru pouvoir se passer de cellules dans son asile clinique, bien qu'il ait fonctionné pendant plusieurs années comme médecin-assistant dans celui de Würzbourg, où il a pu se convaincre qu'elles étaient superflues.

Partout, dans chaque pavillon, au rez-de-chaussée et à l'étage, on peut en tout temps se procurer de l'eau chaude et de l'eau froide à volonté. Outre les cabinets

de bains (qui possèdent des baignoires mobiles se transportant sur des rails jusque dans les cellules), il y a dans chaque salle de surveillance continue, comme nous l'avions vu à Würzbourg, des baignoires entourées de rideaux, où les malades agités peuvent prendre des bains tièdes prolongés, à proximité de leur lit. Cette disposition rend de grands services aussi dans les cas de délire aigu et dans ceux où l'on doit baigner les malades difficilement transportables, atteints de plaies ou de décubitus.

La lumière électrique est abondamment répandue dans toutes les villas de l'asile. Elle est fournie par une usine commune à toutes les cliniques. Afin de pouvoir inspecter les malades alités dans toutes les positions, M. Sommer a fait établir des lampes électriques, à verres très épais, dans tous les coins des salles de surveillance. Le dos des malades est ainsi vivement éclairé, au besoin, ainsi que toutes les parties de leur lit, ce qui ne pourrait pas avoir lieu si l'on s'était contenté de la lumière venant d'en haut.

La propreté est parfaite. Le nettoyage se fait à grande eau, les planchers étant partout recouverts de linoleum.

Dans le souterrain du troisième pavillon des hommes se trouve le chauffage central à vapeur et à basse pression pour toute la colonie. Les tuyaux passent sous le sol des jardins et vont aboutir aux différentes villas. Des appareils spéciaux existent dans tous les locaux pour modérer au besoin la chaleur.

Les avantages de l'asile clinique de Giessen peuvent se résumer, d'après M. Sommer, dans les points suivants :

1° L'abondance des locaux pour les recherches scientifiques et pour l'enseignement psychiatrique ;

2° La multiplicité des salles spécialement aménagées pour la surveillance continue ;

(*N'oublions pas d'ajouter qu'on trouve à Giessen* 1 *infirmier pour* 3 *malades, et qu'outre le professeur de clinique, qui remplit les fonctions de directeur-médecin en chef, il y a* 4 *médecins assistants. L'asile peut recevoir* 100 *malades. Du* 1er *mars* 1896, *au moment de son ouverture, au* 1er *mars* 1897, *on a compté* 184 *entrées. Le nombre habituel des malades présents pendant les derniers mois a oscillé entre* 50 *et* 62.)

Il va sans dire que le *no-restraint* est en grand honneur à Giessen.

3° L'annexe à la salle de surveillance de locaux de réunion, de cabinet de bains et de water-closets ;

4° L'organisation d'un cabinet spécial pour l'examen scientifique des malades, à côté de la salle de surveillance ;

5° La connexion étroite de cette salle avec les cellules d'isolement ;

6° La situation des appartements des médecins à proximité des salles de surveillance continue, selon le principe que la surveillance et l'assistance médicales doivent être aussi rapprochées que possible des malades qui en ont le plus besoin.

Nous avons pu nous rendre compte des ressources précieuses qui ont été mises à la disposition du professeur pour son enseignement. Outre les laboratoires dont nous avons parlé et les cabinets si bien montés pour l'examen des malades, tout est disposé à l'amphithéâtre pour que les leçons du maître soient aussi profitables que possible.

Les malades y sont amenés avec la plus grande facilité et examinés méthodiquement devant les élèves par des « pratiquants », sous la direction du professeur qui a préparé des séries de schémas propres à étudier les différentes questions soulevées par la psychopathologie. M. Sommer attache une grande importance aux méthodes d'investigation psychophysique applicables aux alié-

nés (1). Il cherche par ces méthodes à analyser, à mesurer et à reproduire les actes des aliénés. Ceux qui sont perçus par la vue seront reproduits par les procédés optiques, photographiques, stéréoscopiques, cinématographiques. Il va sans dire que ces derniers sont encore loin de présenter les conditions pratiques indispensables pour leur application usuelle dans la clinique. Cependant, M. Sommer a déjà fait une série d'essais avec le cinématographe combiné au stéréoscope, et il nous promet d'en donner plus tard les résultats. En attendant, nous avons pu nous convaincre de l'importance des portraits stéréoscopiques pour la démonstration de la physionomie particulière des aliénés dans les diverses psychoses, et suivant les moments d'excitation, de dépression ou d'hallucinations par lesquels ils passent. Le stéréoscope met bien en relief et grossit les traits pathologiques de l'image. La clinique de Giessen possède déjà un grand nombre de ces images, très utiles pour l'enseignement.

La méthode stéréoscopique est excellente surtout pour l'étude des anomalies morphologiques qu'elle fait ressortir avec force. L'auteur en donne des exemples dans une courte note qu'il a publiée dans la *Revue mensuelle de photographie médicale internationale* (en allemand), avec deux portraits stéréoscopiques dont l'un représente un aliéné pendant un accès de manie périodique et l'autre un imbécile avec de nombreux stigmates de dégénérescence, photographié pendant une période d'excitation mentale (2).

(1) Voir le *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, n° 85, juin 1897, p. 144, et tirage à part, brochure, 19 p. Gand, 1897. Voir aussi *Eine Methode zur Untersuchung feinerer Ausdrucksbewegungen*, tirage à part des actes du 14e Congrès de médecine interne à Wiesbaden, avril 1896.

(2) Kurze Mittheilung über stereoscopische Porträt-Aufnamen

L'emploi du phonographe pour fixer les extériorisations verbales ou vocales de l'aliéné rend anssi des services appréciés à la clinique de Giessen. On peut ainsi reproduire à volonté, avec toutes les nuances des intonations différentes, des modifications du rythme, les paroles et les cris d'un aliéné en délire. Non seulement on peut par ce moyeu étudier en tous temps les particularités d'uu délire dont l'expression rapide et fugace, souvent confuse, a pu échapper à l'observation ; mais on peut aussi le reproduire à volonté, devant nue salle remplie d'auditeurs, suivant les besoins de l'enseignemeut. M. Sommer a adapté dans ce but à sou phonographe de vastes porte-voix qui ne nous ont pas paru toutefois répondre complètement à leur but.

Un grand uombre de phénomèues moteurs, tout spécialement les réflexes, ont été étudiés et mesurés par M. Sommer, au moyen d'appareils appropriés. On connaît l'ingénieux appareil qu'il a fait construire pour la recherche du réflexe du geuou sur la jambe en équilibre (1).

Plus récemment, il a fait construire un appareil qui permet d'euregistrer graphiquement les mouvements de la maiu et des doigts dans l'espace à trois dimensions. Cet appareil, dont j'ai pu voir le fonctionnement, permet d'étudier les tremblements dans le sens vertical, en haut et en bas, horizontal, en arrière et eu avant, et horizontal latéral, à droite et à gauche (2). M. Sommer est arrivé ainsi à analyser dans leurs divers éléments les tremble-

bei Geisteskranken, von prof. Sommer, in Giessen. *Internationale photographische Monatschrift für Medicin*, Band IV, août 1897, p. 113.

(1) Das Kniephänomen bei Equilibrirung des Unterschenkels, par le Dr Sommer, à Wurzburg, *Jahrbücher für Psychiatrie*, vol. XII, 3e cahier, 1894, p. 366, analysé dans la *Revue neurologique* de Brissaud et Marie, 1895, n° 21.

(2) Sommer. Un appareil nouveau pour l'étude du tremblement.

ments alcooliques, neurasthéniques, celui de la paralysie agitante et d'autres maladies nerveuses. Son appareil lui permet aussi de faire une étude complète des mouvements inconscients et volontaires qui ont tant d'importance pour la psychologie expérimentale.

Un autre moyen d'enseignement, très utile également en clinique, est celui des projections photographiques. M. Sommer nous a fait voir une série de coupes physiologiques et pathologiques des diverses régions de l'encéphale et de la moelle épinière, destinées à illustrer ses leçons et ses conférences. Il possède aussi la plupart des types des maladies mentales et nerveuses et sa collection s'enrichit tous les jours, de sorte qu'à l'occasion d'un cas spécial, il peut faire passer devant les yeux de ses auditeurs les projections de tous les cas analogues qui représentent les diverses phases de la même maladie ou de ceux d'autres formes voisines qu'il importe de connaître pour le diagnostic différentiel.

Toutes les cliniques ne possèdent pas les ressources pour ainsi dire inépuisables de la Salpêtrière, où l'on voit défiler dans les leçons du professeur les séries de malades représentant le tableau vivant d'une maladie dans ses différentes périodes, depuis son début à sa terminaison. A défaut de cette démonstration, qui est évidemment la meilleure, la méthode des projections conserve son importance, d'autant plus qu'elle peut toujours servir à combler les lacunes d'une série incomplète, et que la photographie permet en outre de choisir le moment opportun pour fixer les traits essentiellement typiques d'une maladie dans le cours de son développement.

L'Intermédiaire des Biologistes, 1898, p. 176. (V. aussi *L'Année psychologique*, 4e année. Paris, 1898, p. 617.)

Voir aussi: Dreidimensionale Analyse von Ausdrückbewegungen. *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinne*, XVI, p. 175.

Bien que nous en ayons signalé chemin faisant les divergences assez notables, on retrouve toutefois dans l'organisation de la clinique psychiatrique de Giessen l'application des principes fondamentaux qui ont présidé à la création de celle de Würzbourg par le professeur Rieger, dont s'est largement inspiré M. Sommer, en les adaptant aux conditions spéciales qu'il avait à remplir. Nous pouvons ajouter qu'il nous paraît y avoir pleinement réussi.

Revue critique.

LES FONCTIONS DU CERVEAU

ET

LES ÉCHANGES ORGANIQUES

Par Jules SOURY

Directeur-adjoint de l'École des Hautes-Études.

En dépit de l'apparence, peut-être aucun problème scientifique n'est-il moins avancé que celui des rapports des processus purement psychiques avec les autres fonctions du système nerveux, et, d'une manière plus générale, avec tous les phénomènes biologiques de l'organisme. Lorsqu'on affirme que les processus psychiques sont une fonction de la matière, on n'énonce plus un simple axiome philosophique : cette affirmation a tous les caractères d'un postulat scientifique. Voici, par exemple, quelques-uns des fondements sur lesquels elle s'appuie : l'intégrité, naturellement relative, des différentes parties du système nerveux est la *conditio sine qua non* d'une activité mentale normale ; le progrès et l'évolution des fonctions psychiques a eu lieu, chez les invertébrés comme chez les vertébrés, parallèlement au développement des centres nerveux ; une science expérimentale, la psycho-physique, a dégagé un certain nombre de lois relatives à la durée des actes psychiques les plus élémentaires et déterminé certains rapports constants entre l'intensité d'une excitation sensible et la sensation, etc.

Mais que sait-on du *mécanisme* en vertu duquel un processus nerveux, simplement physiologique, se peut convertir en une sensation, une perception, une image ? Rien. On n'en sait pas davantage touchant les modifications organiques, de nature physico-chimique, qui

devraient préparer ou accompagner le fait psychique. Bref, on ne sait rien jusqu'ici de l'origine et de la nature des phénomènes psychiques. Belmondo, qui ouvre par cette confession, à laquelle nous avons peut-être donné un peu plus de force, le grand travail, critique et expérimental, qu'il a consacré à l'étude des rapports entre les fonctions cérébrales et les échanges organiqnes (1), la fait suivre de cette remarque fort judicieuse : l'effet physiologique, visible et tangible en quelque sorte, la mesure de l'activité d'un organe, nous permet seul de déterminer sa fonction. Mais le fait psychique? Est-ce qnelque chose de coucret qui se puisse doser et peser? L'effet ultime du travail d'une glaude est un produit chimique ; « l'actiou psychique du cerveau ne trouve sa fin et son accomplissement, et cela uniquement et toujours, que dans un *acte moteur* ». Prise à la lettre, cette assertion de Belmondo serait naturellement inexacte. Il la faut eutendre d'une manière très générale.

Ou admet comme prouvée, dit-il, la concomitance des *phénomènes physico-chimiques* et des *manifestations psychiques*. On croit qu'aux fonctions psychiques correspondent certaines *variations thermiques* de l'écorce du cerveau, et que, parallèlement, et comme un autre effet de celles-ci, les *échanges de l'organisme* souffrent d'importantes modifications. En un sens, rien de plus logique que de telles assertious. Commeut, si les actes psychiques sont une fonction organique, pourraient-ils s'accomplir sans libérer des forces vives, sans produire quelque changement chimique? L'hypothèse semble donc justifiée ; mais la démonstration est restée jusqu'ici incomplète ; on a tort de la donner pour un fait démontré.

Belmondo s'est donc proposé une double fin : 1° prouver d'abord, en se fondant sur une analyse critique des travaux des physiologistes (il doit faire dans un autre mémoire l'analyse critique des travaux des cliniciens), que, en dépit de l'opinion assez générale sur ce point, la questiou des rapports des processus psychiques et des fonctions de l'orgauisme demeure toujours

(1) E. Belmondo. Contributo critico e sperimentale allo studio dei rapporti tra le funzioni cerebrali e il ricambio. *Riv. speriment. di fren.*, 1896, xxii, 657-748.

ouverte ; 2° exposer par le détail des faits, une série d'expériences originales, qui semblent établir d'une manière définitive un des termes les plus généraux du problème.

I

Ceux qui se sont appliqués à rechercher l'*équivalent physico-chimique des phénomènes psychiques*, sont naturellement partis du principe que la loi de la conservation de l'énergie devait s'étendre à toutes les manifestations biologiques des organismes et, par conséquent, au cerveau considéré comme organe de la pensée. Mais voici une difficulté, la première que signale Belmondo. Sommes-nous certains, demande-t-il, que les fonctions mentales — perceptions, représentations, émotions, volonté. — soient des manifestations d'un véritable *travail cérébral?* Avec cette certitude, nous devrions nous attendre à voir les équivalents de ce travail, de cette conversion de forces, se présenter à nous sous la forme d'énergies passant de l'état potentiel à celui de force vive. Du fait du travail mental, des processus de désintégration et d'oxydation devraient avoir lieu au sein du tissu nerveux, partant des variations thermiques d'une part, et, d'autre part, des modifications dans les produits des échanges organiques.

Or, c'est précisément ce qu'il reste à démontrer.

Sans parler de l'importance attribuée pendant longtemps à la présence du phosphore dans le cerveau, on insiste sur la riche irrigation de cet organe, ce qui implique une activité correspondante d'échanges de matières organiques ; il existe aussi, dans le cerveau, de la cérébrine, de la lécithine et d'autres substances analogues aux graisses, dont la molécule contient de grandes quantités de C et de H, de composition chimique très élevée : ce sont là, dit-on, de véritables combustibles, s'oxydant facilement et fournissant des matériaux de choix pour le travail des fonctions psychiques. Mais, répond Belmondo, on sait aujourd'hui que la rate est peut-être mieux irriguée que le cerveau. D'autre part, à côté des substances énumérées, le cerveau contient de 70 à 85 p. 100 d'eau, c'est-à-dire plus d'eau que peut-

être aucun autre organe du corps, et l'eau est de nulle valeur comme source de force vive dans l'organisme animal. Considérons les parties du cerveau. La substance grise de l'écorce cérébrale, siège spécial des fonctions psychiques, renferme beaucoup plus d'eau que la substance blanche, laquelle n'a que des fonctions conductrices. Il y a plus ; le protagone, le composé phosphoré par excellence et caractéristique du tissu nerveux, appartient surtout ou même presque exclusivement, selon BAUMSTARK, à la substance blanche.

Quant aux travaux entrepris dans la pensée de surprendre les effets physico-chimiques de l'activité mentale, les uns ont trait aux phénomènes thermiques qui accompagnent les actes psychiques, les autres aux processus d'échanges de l'organisme qui modifient ces actes et dont l'analyse chimique décélerait les traces dans les produits d'excrétion et de sécrétion de l'animal. Quoiqu'on n'ait pu jusqu'ici démontrer l'existence d'un effet appréciable du *travail psychique*, on répète toujours le contraire. C'est à dissiper ce préjugé que BELMONDO s'est surtout employé. La revue qu'il passe de ces tentatives infructueuses n'est point tout à fait complète puisque, sur ce point spécial, il n'a cité ni BÉCLARD, ni HERZEN, ni RICHET, ni G. POUCHET, ni LABORDE, ni même ARMAND GAUTIER (1). Mais les travaux de SCHIFF et ceux des Italiens ont été sans doute les plus approfondis sur ce sujet, et l'on ne saurait trouver un guide plus sûr que BELMONDO pour aller jeter encore un regard, peut-être le dernier, sur ces belles et consciencieuses études qui, il y a bien des années déjà, ont fait battre tant de cœurs épris de foi et d'espérance dans des méthodes d'investigation reconnues aujourd'hui bien infidèles.

SCHIFF, CORSO, TANZI, DORTA, ont étudié avec des piles thermo-électriques, appliquées directement sur le cerveau ou dans la substance cérébrale, les variations de la température de l'écorce consécutivement à des excitations sensitives et sensorielles ou à des émotions. SCHIFF a

(1) Jules Soury. *Les Fonctions du cerveau* (Paris, 1892, 2e édit.), p. 375-397. Nous avons en outre particulièrement insisté, dans notre livre, sur les travaux des auteurs italiens dont il va être question ici.

trouvé une *élévation* de la température dans l'hémisphère opposé ; Corso, un *abaissement* de la température ; Tanzi, des *oscillations thermiques* s'étendant à toute la surface du cerveau, qui seraient l'expression des processus extrêmement rapides de désintégration et de réintégration des éléments nerveux actifs. Dorta, qui a eu partie confirmé les résultats de son maître, Maurice Schiff, a fait justice des erreurs de méthode de Corso. Les mêmes objections de fait et de principe atteignent les expériences de Tanzi, qui n'a d'ailleurs étudié ainsi que des phénomènes psychiques dont le propre est de s'accompagner de processus moteurs et vaso-moteurs qui rayonnent sur tout le cerveau, voire sur l'organisme entier, les émotions. Restent les expériences de Schiff et de Dorta, qui s'accordent à constater que, par l'effet d'excitations sensitives et sensorielles, la température du cerveau s'élèverait. Mais, écrit Belmondo, alors même qu'aucune cause d'erreur de technique n'existerait dans ces expériences, peut-on dire que ces variations de la température soient dues à un acte pur de *perception* d'une sensation ? Les auteurs ont eux-mêmes répondu : une augmentation analogue de température fut observée, après les mêmes excitations périphériques, chez des animaux morts depuis une demi-heure, cinquante minutes, une heure même. « A moins donc d'admettre qu'encore après la mort persistent les perceptions, les émotions, la conscience, nous devons rapporter les variations thermiques à des faits nerveux d'ordre inférieur, qui ne sont pas toujours nécessairement accompagnés de conscience. »

Pour ne rien dire des auteurs qui ont appliqué des thermomètres à l'extérieur de la tête, les recherches de thermométrie cérébrale de L. Bianchi, avec A. Montefusco et F. Bifulco, instituées sur le chien, et celles de E. Cavazzani, de Mosso en particulier, sur l'homme, n'ont guère donné de résultats plus satisfaisants que les recherches thermo-électriques. Bianchi applique sur le gyrus sigmoïde, dont la dure-mère a été enlevée, un thermomètre très sensible ; un autre était placé sur la peau de la moitié opposée du crâne. Sous l'influence des mouvements exécutés par le chien soumis à des excitations douloureuses, par exemple, les thermomètres indi-

quaient tantôt une augmentation, tantôt une diminution de la température. Or, ces variations de la température, qui pouvaient atteindre 1 degré, correspondaient, selon Bianchi, non à de pures modifications de l'état de conscience, mais aux mouvements de défense provoqués par l'excitation douloureuse de la sensibilité. Dans le cas de Cavazzani, où une carie des os du crâne avait mis à nu la dure-mère, la température de cette membrane augmentait de deux à trois dixièmes de degré au cours de calculs d'arithmétique ou de lecture ; mais l'auteur s'est demandé lui-même si cette élévation de température des méninges ne dépendait pas des variations de la circulation sanguine dans les artères méningées ; il n'ose y voir une preuve de thermogenèse cérébrale. Mosso n'est arrivé qu'à des résultats tout à fait négatifs, dans ses dernières expériences en particulier, sur les modifications circulatoires et thermiques du cerveau de l'homme et des animaux sous l'influence des phénomènes psychiques. Dès 1892, il déclarait que « la quantité de chaleur due aux processus psychiques est presque négligeable en comparaison de celle qui se produit, dans les centres nerveux, par l'effet de la cocaïne ou de la strychnine (1) ». Alors que les substances excitantes du cerveau, les nervins, — atropine, cocaïne, alcool, café, strychnine — produisent une augmentation de la température cérébrale, l'activité psychique, chez l'homme et chez le singe, par exemple, peut évoluer à tous les états « sans que l'augmentation de chaleur produite par le cerveau égale la millième partie d'un degré ». Quelquefois, Mosso a aussi noté un *refroidissement* de l'écorce durant l'activité mentale. Ainsi, conclut Belmondo, à la fin de cette revue, les recherches les plus sérieuses permettent de croire que « l'*activité mentale* n'est accompagnée d'*aucun* développement appréciable de chaleur ».

Il convient d'ajouter à ces travaux les recherches neurothermiques exécutées sur des fibres nerveuses amyéliniques par Cramer. Les expériences ont porté sur les nerfs olfactifs des poissons (brochets, carpes, etc.).

(1) V. Jules Soury. La Thermométrie cérébrale. *Rev. philos.*, 1897, 388-409.

Le résultat est demeuré négatif : l'excitation de ces nerfs ne détermina aucune élévation sensible de température qui pût être attribuée avec sûreté à la fonction spécifique de ces organes. La sensibilité de l'appareil permettait de noter jusqu'à 1/100000e C (1).

Voici l'histoire critique des recherches expérimentales qui ont eu pour but de découvrir, si elle existe, l'influence de l'activité psychique sur les échanges matériels de l'organisme. Mosler a trouvé qu'un travail mental d'une grande intensité augmente le contenu total de l'acide phosphorique dans l'urine. De même, Donders. Dans sa thèse célèbre « sur la relation qui existe à l'état physiologique entre l'activité cérébrale et la composition des urines » (*Th.* Paris, 1868), Byasson avait trouvé disséminée une plus grande quantité non seulement d'acide phosphorique, mais d'azote. Selon Mairet, le travail intellectuel a pour effet de diminuer l'élimination des phosphates alcalins et de l'azote ; il diminuerait donc l'ensemble des échanges ; mais si ce travail est très intense, et que la nutrition soit abaissée, l'élimination des phosphates terreux augmenterait (1884). Citons pour mémoire les noms de J. Wilson Paton, Marro, Preysz, Raspopoff, Stcherbach, C. Speck. Stcherbach établit pourtant, avec une critique et une méthode supérieures, dans celle des séries de recherches qu'il a instituée sur lui-même, que, si le travail intellectuel très intense *diminue l'assimilation de l'azote et surtout de l'acide phosphorique*, en même

(1) Cramer. Ueber neurothermische Versuche an marklosen Nerven. *Münchner med. Wochenschr.*, 1897. Cf. les expériences de Humphry D. Rolleston, On the conditions of temperature in nerves during activity and during the process of dying. *The Journ. of physiol.*, XI, 1890. La sensibilité du thermomètre était telle que des différences de température de 1/5000° C pouvaient être enregistrées. La résistance électrique d'un fil de métal se modifie, on le sait, avec la température de ce fil. On peut donc conclure de l'état de la résistance électrique au degré de la température et, sur ce principe, baser des mensurations thermométriques. Voici les résultats donnés par Rolleston : 1° au moment de l'excitation, pas d'oscillations appréciables de la température du nerf ; 2° le nerf qui meurt développe de la chaleur (1/7° C) ; 3° le développement de chaleur a lieu presque toujours proportionnellement à l'intensité du courant nerveux.

temps qu'il augmenté les échanges organiques, le travail modéré de l'intelligence demeure sans influence sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote, et par conséquent, sur la destruction de l'albumine (1). Le travail de Speck, qui présente éminemment les mêmes qualités, résume bien, au témoignage de Belmondo, l'état actuel de nos connaissances expérimentales sur les rapports postulés entre le travail mental et les échanges organiques. Ces recherches ont trait spécialement aux échanges gazeux de la respiration. D'après Speck (2), la quantité d'oxygène consumée par un travail mental, même intense, n'est pas plus grande que dans le repos ; le besoin d'oxygène augmente, au contraire, par l'effet du plus petit effort musculaire, — attitude incommode du corps, station, action d'écrire, de tenir un livre à la main, etc. « Le résultat final de toutes ces études, a écrit Speck, c'est que l'activité psychique n'exerce aucune influence directe sur les échanges généraux. L'opinion selon laquelle les phénomènes psychiques sont accompagnés de processus d'oxydation comme en présente le muscle en activité, et suivant laquelle le métabolisme cérébral implique l'existence d'échanges chimiques intenses, manque de toute base réelle et expérimentale. Les processus moléculaires du cerveau, qui seraient les conditions des faits mentaux, ne sont donc pas des processus d'oxydation, *ou du moins ils sont si peu sensibles* qu'ils échappent aux méthodes actuelles d'investigation. »

Cette sage réserve n'a pas été toujours suivie par les successeurs de Speck. Il nous semble que Belmondo lui-même, comme Mosso, n'en fait pas assez d'état lorsqu'il se hâte d'ajouter : « Or, *nier* que les phénomènes psychiques soient matériellement représentés par des processus d'oxydation dans l'organe qui en est le siège, équivaut à nier que ces phénomènes soient dans l'orga-

(1) Stcherbach. Contribution à l'étude de l'influence de l'activité cérébrale sur l'échange d'acide phosphorique et d'azote. *Arch. de médecine expériment.*, 1893, V, 300 sq.

(2) C. Speck. Untersuchungen über die Beziehungen der geistigen Thatigkeit zum Stoffwechsel. *Arch. f. experim. Path. u. Ther.*, XV, 1882, 81-144.

nisme la condition d'un travail réel et propre à ces processus, qu'ils donnent lieu, par conséquent, à une transformation d'énergie chimique, mécanique ou autre. » Il enregistre donc, comme corollaire des résultats de toutes ces études expérimentales, les conclusions auxquelles sont arrivés de leur côté presque tous les auteurs de livres de chimie biologique contemporains, HALLIBURTON, G. BUNGE, O. HAMMARSTEN et, ajoutons, ARMAND GAUTIER : toutes les manifestations de la vie psychique se produisent sans laisser de traces décelables avec les moyens d'investigation connus, sans déterminer d'effet appréciable sur les échanges matériels qui ont lieu dans tout organisme vivant, par cela seul qu'il vit.

Mais, après tout, se demande BELMONDO, qu'est-ce que représente au vrai un acte psychique? Comment un acte psychique se révèle-t-il à nous? Il y a pour l'étudier, deux moyens : l'introspection et l'observation externe. Pour celle-là, un fait psychique est un changement de l'état de conscience; pour celle-ci, c'est un mouvement. Quoique tout changement dans l'état de conscience ne soit pas de nécessité toujours accompagné d'un mouvement, si celui-ci manque, nous n'avons aucun critérium objectif qu'un phénomène psychique a eu lieu. D'autre part, tout mouvement est loin d'être accompagné d'une représentation consciente : il peut être réflexe ou automatique, donc involontaire, et partant absolument inconscient. Ces considérations paraissent à BELMONDO de nature à diminuer d'autant l'importance communément attribuée au phénomène de *conscience*, qu'elles font paraître plus grande celle des « faits organiques cérébraux » ; loin d'être l'effet de l'acte psychique de la conscience, celle-ci y demeure très souvent étrangère, et elle reste d'ailleurs au delà des prises de l'investigation expérimentale. Cette « prépondérance de la fonction purement physiologique du cerveau sur le côté psychique », se révélerait jusque dans les manifestations qui expriment avec le plus de fidélité l' « individualité mentale ». Ainsi les *actes volontaires*, qui semblent l'expression par excellence de la « spontanéité », et partant de l'activité psychique consciente, seraient, au contraire, le résultat de nos exigences orga-

niques se reflétant dans la conscience en un instant donné. « Or, toutes nos *impressions* et nos *associations*, la *mémoire*, nos procédés de raisonnement et nos déductions, notre volonté elle-même enfin, n'acquièrent le caractère d'un travail, n'exigeut un développement appréciable de force, que lorsqu'ils arrivent à produire un mouvement ou une série de mouvements, c'est-à-dire d'efforts musculaires. » On peut donc toujours, suivant Belmondo, définir la volonté : l'expression consciente des besoins organiques de l'individu en un moment donné de l'existence, et en particulier des besoins dont la satisfaction exige une série coordounée de contractions musculaires. Ou peut saus doute, volontairement, produire des actions d'arrêt de mouvements réflexes ou automatiques, mais en provoquant uniquement l'activité des muscles antagonistes. Il suit que toute action volontaire, la plus libre en apparence, s'accomplit toujours, en réalité, non point tant comme effet d'un *travail psychique*, que sous l'influence de stimuli actuels, lesquels, de par la préformation des voies anatomiques facilitant les associations, ont leur fin naturelle dans un mouvement. Alors seulement s'accomplit un *travail;* « l'acte idéatif », la représentation, n'impliquait qu'une *préparation à un travail.* Seul, le mouvement est accompagné d'un développement de force vive, de transformations chimiques, de perte de chaleur, tous processus qui peuvent se retrouver sous une autre forme, par exemple comme énergie latente dans le travail que le muscle accomplit.

Ainsi, loin de représenter, comme l'ont cru tant de physiologistes et de psychologues, tels que Wundt lui-même, un énorme réservoir de force accumulée dans les cellules nerveuses, prête à se décharger comme substances explosives par l'enflammement d'une mèche, toutes les fois que les conditions d'un acte moteur sont réalisées, le cerveau, auquel aboutisseut tous les nerfs de sensibilité et d'où part toute innervation motrice, directement ou indirectement, ne serait, selon Belmondo, qu'un énorme *commutateur*, d'une complexité extrême, permettant aux stimuli qui y affluent perpétuellement de mettre en activité l'une ou l'autre partie du système musculaire. Les actes moteurs qui en déri-

vent s'accompliraient, non aux dépens du système nerveux, mais du tissu musculaire lui-même et du sang qui l'irrigue. Les échanges organiques du cerveau nécessaires à l'accomplissement des actes psychiques pourraient être ainsi très minimes, au point d'échapper même à nos moyens d'investigation les plus délicats.

Voilà la *psychologie physiologique* de Belmondo, et dans les termes mêmes de l'auteur italien. Voici, maintenant, ce qu'on pourrait dénommer la métaphysique ou la *métaphysiologie* de cette hypothèse scientifique.

L'explication téléologique de ces dispositions, c'est que l'effet utile de tous nos processus psychiques consiste à provoquer des réactions déterminées en présence d'excitations actuelles, dans des circonstances données. Tout notre savoir, l'expérience de la vie, l'éducation n'ont pas d'autre résultat que celui-là. Et tout cela s'accomplit d'une manière beaucoup plus automatique qu'on ne le croit. « La conscience représente un épiphénomène. » A s'en tenir aux faits objectifs, elle n'a pas de signification. Cette facilité avec laquelle les organismes réagissent en un sens donné à certaines excitations données, ne s'acquiert probablement pas au moyen de modifications profondes de la structure : elle résulterait plutôt, ainsi que portent à le croire les plus récentes études sur l'anatomie fine du système nerveux, de rapports plus ou moins stables formés, sous l'influence de l'exercice fonctionnel, entre les prolongements cylindraxiles et dendritiques des neurones (Tanzi). La mémoire, l'association des idées, les actions volontaires s'expliquent avec cette hypothèse, comme avec celle de Rabl-Ruckhard. La conscience représente le côté purement subjectif de tous ces phénomènes ; comment pourrait-elle alors tomber sous l'observation du physiologiste ?

Ainsi la vie psychique ne fait pour ainsi dire que se *superposer* à ce complexus bien plus important d' « actes physiologiques », qui vont de l'impression sensible à la contraction musculaire et peuvent être ou non accompagnés de modifications de la conscience. C'est la *sensomobilité* d'Exner. Au cerveau, comme à la moelle épinière, affluent, durant leur activité, des ondes continues d'excitations sensitives et sensorielles qui,

sans interruption, se réfléchissent sur les muscles, qu'ils maintiennent à un certain degré de tension appelée *tonicité*, le *tonus chimique* de Zuntz et de Röhrig, se manifestant par un échange incessant du muscle lui-même, même à l'état de repos, échange qui diminue considérablement dès que les muscles cessent d'être en rapport avec les centres nerveux. Belmondo a montré, en effet, avec Oddi (1), que si, en cocaïnisant par exemple une des racines spinales postérieures, on interrompt le passage des courants nerveux afférents des courants sensitifs périphériques, aux centres iutramédullaires, l'excitabilité des racines motrices antérieures correspondantes diminue notablement. En appliquant la cocaïue sur l'écorce cérébrale elle-même, Belmondo prouva ensuite que l'excitabilité des « centres psycho-moteurs » s'en trouvait égalemeut diminuée, et il attribua ce phénomène à l'abolition de la fonction des cellules sensitives de l'écorce, ou plutôt à la paralysie des ramifications les plus élevées des terminaisons des fibres du faisceau sensitif dans l'écorce. L'arrêt, du fait de cette paralysie, de l'arrivée des ondes nerveuses périphériques dans ce centre nerveux, devait diminuer l'excitabilité des cellules motrices dont les dendrites reçoivent constamment ces excitations. Enfin Tomasini (2) constate qu'un phénomène de même nature se produit, c'est-à-dire que l'excitabilité de la zone motrice de l'écorce cérébrale s'affaiblit, lorsqu'on sectionne sur la moitié opposée de la moelle épinière une ou plusieurs racines postérieures.

II

Ces derniers faits expérimentaux, strictement scientifiques, quoique l'interprétation donnée par les auteurs pèche par une trop grande simplicité, sont étrangers à l'hypothèse fondamentale de Belmondo sur la nature propre des fonctions les plus élevées du système ner-

(1) Belmondo et Oddi. Ricerche sperimentali intorno all'influenza delle radici spinali posteriori sull' eccitabilità delle anteriori. *Riv. speriment. di fren.*, XV1, 1890.

(2) Tomasini. L'eccitabilità della zona motrice dopo la recisione delle radici spinali posteriori. *Lo sperimentale*, 1894, 295-315.

veux central. « Ce ne sont là, dit-il lui-même, que des hypothèses. » Soit ; quelques-unes de plus on de moins, en pareille matière, n'accableront point sous le faix la raison humaine, qui depuis tant de siècles supporte ces édifices de nuages. L'hypothèse de Belmondo ne convient, selon nous, qu'à la vie des réflexes organiques et des actes automatiques. Elle ne porte pas plus haut ni plus loin. Comme les phénomènes purement psychiques n'ont pas été trouvés jusqu'ici réductibles aux énergies connues de la nature, il se borne à répéter que « la conscience représente le côté purement subjectif de tous ces phénomènes ». Mais comment la « mémoire », l' « association des idées », les « actions volontaires » pourraient-elles « s'expliquer » au moyen des hypothèses anatomiques sur les prétendus mouvements amiboïdes ou, tout au moins, sur la plasticité des prolongements des neurones ? Je ne puis comprendre comment une réaction motrice volontaire, un mouvement adapté à la réalisation de quelque fin, ne feraient pas partie de la vie psychique comme tout autre état de conscience. Ajoutez que ces adaptations des organismes aux circonstances du milieu dans lesquelles Belmondo voit le seul effet « utile » de tous les processus psychiques, implique une activité antérieure de la conscience, activité qui peut être devenue réflexe, en attendant qu'elle devienne automatique, ainsi qu'il paraît être arrivé chez les fourmis et les abeilles, mais qui a dominé ou continue à dominer, de toute la hauteur d'une cause, les effets innombrables qui en sont sortis et en découlent toujours chez les mammifères supérieurs, chez l'homme au moins, dont la vie mentale, à peine ébauchée, est loin encore d'être organisée et, partant, d'éliminer la conscience. La conscience n'est pas un épiphénomène, quelque chose de surajouté et presque d'indifférent dans l'état actuel de la pensée de l'homme. C'est, en tout cas, une fonction primordiale de toute matière vivante, à quelque degré de différenciation que le travail physiologique ait porté cette substance. Cette fonction ne s'est manifestée, avec une force et un éclat toujours plus grands, qu'en se créant des organes et des appareils de perfectionnement dont le système nerveux central des mammifères, et en particulier le cerveau de

l'homme, est la plus haute expression. Mais la pensée, avec les réactions de tout genre par lesquelles elle se révèle et rayonne sur le reste de la nature, n'est qu'un mode, il faut le répéter, d'une fonction générale de la matière vivante, la sensibilité. Voilà la propriété fondamentale de la vie psychique, à tous les degrés et dans tous les états d'organisation, stable ou instable, pendant les périodes d'évolution et d'involution des diverses faunes de cette planète. Or, la sensibilité est un état de conscience.

Les résultats auquels est jusqu'ici arrivé Belmondo, prouvent que les centres nerveux, y compris le cerveau, sont des appareils dont l'intervention est nécessaire pour déterminer, même d'une manière absolument automatique, sur les « appareils moteurs », les excitations de toute nature qui, de la périphérie de l'organisme, se propagent par les nerfs sensitifs, excitations qui ont pour effet un accroissement de l'activité fonctionnelle de ces appareils centraux. Ces faits, rapprochés de beaucoup d'autres, permettent de croire que, « si le cerveau est l'organe de la *psyché*, d'autres fonctions, en dehors et au-dessous du seuil de la conscience, ne laissent pas de lui appartenir en propre, lesquelles, s'étendant à tout l'appareil esthésio-kinésiodique, doivent apporter de profondes modifications dans les processus d'échanges des tissus. Le cerveau, par conséquent, et plus spécialement les hémisphères, c'est-à-dire la partie qu'on croit être le substratum nécessaire des fonctions mentales, exercerait ainsi, sur tout l'organisme, une influence qu'on peut appeler *trophique* au sens large du mot. Ce ne serait d'ailleurs qu'un cas spécial d'une loi qu'on peut tenir pour une des mieux fondées en physiologie sur les observations et les expériences : *Les échanges chimiques de tous les tissus du corps, et par conséquent ceux de l'organisme entier, sont réglés, chez les animaux supérieurs, par le système nerveux central. Les échanges matériels de l'organisme constituent donc une fonction nerveuse* ».

Parmi les très nombreux arguments qu'on peut faire valoir en faveur du fait qu'exprime cette loi, l'action trophique du système nerveux sur les tissus de l'organisme, loi fondée sur les résultats de la physiologie et

de la pathologie expérimentales, voici ceux qui ont semblé à Belmondo les plus démonstratifs :

1° Un rapport direct existe entre les *sensations* et les *échanges* puisque toutes les excitations des organes des sens exercent une influence accélératrice sur les échanges organiques. Pour la *lumière*, le fait d'abord établi par Jacques Moleschott (1) a été confirmé par Selmi et Piacentini, R. Pott, O. v. Platen, par Aducco, lequel, étudiant l'action de la lumière sur la durée de la vie, la perte de poids, la température et la quantité de glycogène hépatique et musculaire chez les pigeons soumis au jeûne, a trouvé que, lorsque ces animaux sont tenus dans une obscurité complète, la durée de la vie est plus longue, la perte journalière de poids et la consommation de glycogène moindres que chez des pigeons exposés à la lumière (1889). Mêmes effets chez les animaux en état d'hibernation, ce qui prouve que cette action existe indépendamment des mouvements (Fubini et Benedicenti) ; l'effet de la lumière se manifeste par une augmentation d'absorption d'O et d'élimination de CO^2. Les excitations *cutanées* et celles de l'organe de l'*ouïe* exercent une influence analogue (Röhrig et Zuntz, Wartanoff, etc.). Il en est ainsi des rayons de Röntgen : Lecerde aurait constaté que l'élimination des phosphates dans les urines a augmenté chez des lapins soumis pendant trois jours à l'action de ces rayons ; cette augmentation semble persister deux jours encore après l'expérience (1896).

2° Dans le *sommeil*, quelque interprétation qu'on en donne, l'activité des centres nerveux diminue notablement ; les processus d'échange des tissus sont ralentis (Scharling, Pettenkofer et Voit, Liebermeister, Quincke, Beaunis, Laehr, Breisacher, Pfluger). Dans le sommeil hivernal des animaux hibernants, les échanges respiratoires et, partant, l'oxydation des tissus sont réduits au minimum (Quincke, Delsaux).

3° L'absorption de *substances excitatrices des centres nerveux* augmente la destruction des substances albuminoïdes des tissus, ce qui détermine une diminution dans le rapport de l'acide phosphorique à l'azote durant la période d'excitation et une augmentation relative de l'acide phosphorique dans la période de dépression consécutive (Zuelzer, Strubing). Les *substances narcotiques* réaliseraient ce dernier résultat.

4° Chez les animaux *curarisés*, les échanges diminuent considérablement (Zuntz et Röhrig) ; dès que le système ner-

(1) Jac. Moleschott. Ueber den Einfluss des Lichts auf die Menge der vom Thierkörper ausgeschiedenen Kohlensäure. *Wien. med. Wochenschr.*, 1855.

veux ne peut plus agir sur les muscles, les processus d'oxydation baïssent beaucoup (Pfluger).

5° La *section des troncs nerveux* qui innervent les *glandes* et les *muscles* amène la dégénération aiguë de ces organes, ce qui n'arrive pas quand ceux-ci, même pendant de longues périodes, sont simplement condamnés à un repos absolu. Le fait, noté par Baldi, que les éléments épithéliaux d'un membre paralysé par la section des racines antérieures ou des racines postérieures de la moelle se renouvellent bien plus lentement que ceux des parties normalement innervées, témoigne bien de l'existence d'une *fonction trophique*, au sens large du mot, des centres nerveux sur les tissus de l'organisme.

6° On sait depuis longtemps qu'on peut produire une *glycosurie expérimentale* non seulement par la piqûre du plancher du quatrième ventricule (Cl. Bernard), mais par les lésions les plus variées du cervelet, de la moelle épinière, des nerfs périphériques, des ganglions du sympathique (Schiff, Munk, Luciani, Eckhard, etc.). Lustig a récemment découvert que l'extirpation du plexus cœliaque (chiens et lapins) détermine de l'*acétonurie*, parfois accompagnée de glycosurie et d'autres troubles dans les échanges (1889, 1890, 1892) (1).

7° L'intégrité des centres nerveux est nécessaire à l'oxydation normale des produits d'échange, qui autrement s'accumuleraient dans l'organisme. Ainsi la *section de la moelle épinière* au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales amène une augmentation de la quantité totale d'hydrates de carbone (sucre, glycogène) contenus dans le corps de l'animal (Boehm et Hoffmann). Les *lésions de la moelle allongée*, outre les troubles connus, déterminent une augmentation d'urée et une diminution des gaz dans le sang.

8° Après la lésion ou l'irritation de certaines régions du cerveau, d'une partie du corps strié, par exemple (Aronsohn et Sachs), *une élévation fébrile de la température* peut en résulter avec augmentation d'absorption d'O et d'élimination de CO^2, accompagnée d'une destruction plus intense des albuminoïdes de l'organisme. Lorsqu'au contraire une partie du système nerveux est séparée du cerveau ou mise hors de fonction, le dégagement de CO^2 diminue beaucoup.

Tous ces faits prouvent, entre beaucoup d'autres, que le système nerveux est le régulateur direct des combustions des tissus et partant de la température du corps.

Le système nerveux, dans son ensemble, est donc ca-

(1) Cf. Oddi. Sull'acetonuria e glicosuria sperimentale. *Lo Sperimentale*. 1892. Sugli effetti de l'estirpazione del plesso celiaco. *Ibid.*

pable d'exercer une influence nettement appréciable sur le trophisme des tissus de l'organisme. Les excitations des organes des sens, d'une part, les mouvements, les sécrétions et les phénomènes vaso-moteurs de l'autre, sont également accompagnés de modifications chimiques dans l'activité des tissus. « Or toutes ces actions peuvent être ou ne pas être associées à des modifications de la conscience ; elles peuvent éveiller ou suivre l'activité de la psyché. » Comment vérifier objectivement ce qui advient dans chaque cas particulier ? « Nous sommes, dit Belmondo, dans l'impossibilité pratique de scinder dans leurs effets respectifs ce qui appartient au côté psychique du phénomène — l'état de conscience — de ce qui provoque cet état (le stimulus physiologique) ou l'extériorise. » Voilà ce qu'il faut avoir bien présent à l'esprit dans une *analyse* vraiment exacte des fonctions cérébrales, c'est-à-dire des fonctions psychiques ou des fonctions purement physiologiques. Notre ignorance à cet égard ne saurait servir plus longtemps d'excuse à l'étrange confusion qui consiste à attribuer à une cause psychique un effet physico-chimique, effet que le travail cérébral inconscient peut produire de la même façon et avec la même intensité que l'état de conscience des hémisphères cérébraux (1).

III

C'est pour élucider un des points de ce problème complexe — l'influence trophique du système nerveux, considéré comme régulateur des échanges matériels sur les tissus de l'organisme — que Belmondo a institué ses expériences, fort bien conduites et déduites. Les hémisphères cérébraux eux-mêmes, l'écorce du cerveau exercent-ils ou non un effet sur les échanges chimiques des tissus et, partant, sur l'organisme entier ?

A cet effet, il a cherché à déterminer avec la quantité moyenne d'azote éliminée par un animal dans les conditions physiologiques, celle qu'on peut recueillir alors que le même organisme, par suite de l'ablation des hémis-

(1) Belmondo, *Ibid.*, p. 682.

phères cérébraux, se trouve subitement soustrait à l'influence de l'écorce. L'expérience idéale devrait porter sur des mammifères; BELMONDO le reconnaît; en outre, quand la technique le permettra, on devra, dans cette opération, « procéder à l'analyse de l'influence trophique qu'exercent peut-être les différentes portions de l'écorce ». Il n'a pu, on le conçoit, que décérébrer des oiseaux; il faut alors, dans la période de rétablissement qui suit l'opération, les nourrir artificiellement, les maintenir dans une température ambiante uniforme (de 15 à 20 degrés) et mêler à leur boisson quelques légers antiseptiques. Les oiseaux supportent très bien le jeûne, en général, beaucoup mieux que les petits mammifères herbivores et que les rongeurs. Les pigeons destinés à ces expériences étaient d'une race très grande et très vigoureuse; presque tous avaient un an; leur poids était d'environ 500 grammes. La guérison de l'ablation des hémisphères cérébraux a eu lieu d'ordinaire *per primam*; le pigeon se remettait facilement de ce traumatisme, mais « l'absence de spontanéité qui caractérise les animaux privés d'hémisphères cérébraux était, pour toujours, *absolue* ». Quand les phénomènes irritatifs, consécutifs au traumatisme opératoire, avaient disparu, vingt-et-un jours au minimum après l'opération, soixante-neuf jours au maximum, et qu'une sorte d'adaptation nouvelle de l'organisme aux nouvelles conditions de vie avait eu lieu, la deuxième période expérimentale commençait. Chaque matin, on mesurait la température rectale du pigeon décérébré, on le pesait et on recueillait les excréments émis dans les vingt-quatre heures précédentes. Le *dosage de l'azote organique* était alors exécuté au moyen de la méthode de KJELDAHL. Les tables qui accompagnent le Mémoire de BELMONDO permettent d'embrasser dans une sorte de vue d'ensemble, avec le détail des expériences, les résultats obtenus ainsi chez chacun des animaux. Voici le résumé qu'en donne ce savant :

La *diminution progressive de poids* et l'*élimination d'azote*, durant le jeûne, chez les pigeons décérébrés, sont notablement *inférieures* à celles que subissent les pigeons normaux placés dans les mêmes conditions. La quantité d'azote éliminée par les pigeons décérébrés

tombe *au-dessous de la moitié* de celle qu'éliminent, dans les mêmes conditions externes, des pigeons sains. En prolongeant l'expérience durant six jours (durée maxima des expériences), le rapport de l'azote éliminé par les pigeons décérébrés à la quantité d'azote éliminée par les pigeons sains, s'élève, en fait, à 45 p. 100.

Enfin BELMONDO a étudié, non seulement chez les pigeons normaux, comme l'avaient déjà fait CHOSSAT et CHARLES RICHET, pour le poids du corps, mais chez les pigeons décérébrés, et la diminution du poids du corps et l'élimination par heure de l'azote pendant le jeûne.

		Azote éliminé par kilogr. et par heure.
Pigeons sains	(dans les 4 premiers jours du jeûne)	0.0244
—	(pour un jeûne de 6 jours). . . .	0.0224
Pigeons décérébrés	(dans les 4 premiers jours du jeûne)	0.0114
—	(pour un jeûne de 6 jours). . . .	0.0101

La lenteur relative de l'abaissement du poids du corps durant le jeûne ainsi que la diminution frappante d'élimination de l'azote chez les pigeons décérébrés, comparés aux pigeons normaux, sont deux faits qui se complètent réciproquement et démontrent « l'influence énorme que les *hémisphères cérébraux* exercent sur les échanges généraux de l'organisme, et en particulier sur la *destruction des albuminoïdes* ».

Si l'on prend garde que les chiffres exprimant la quantité d'azote éliminé par les pigeons saius et par les pigeons décérébrés diffèrent beaucoup plus que ceux qui indiquent la diminution du poids du corps, on inclinera à penser que les autres facteurs de la déperdition de poids, l'exhalation de CO^2 par exemple, ne subissent point, du fait de la décérébration, des modifications comparables à celle qu'accuse l'élimination de l'azote. On sait, par ailleurs, que le dégagement de CO^2 n'est pas diminué chez les pigeons privés d'hémisphères cérébraux (CORIN et A. VAN BENEDEN). BELMONDO a prévu l'objection qu'on pourrait élever en rapportant la diminution d'azote enregistrée chez les pigeons décérébrés, non pas tant à l'influence directe du cerveau sur le métabolisme des tissus, ce qu'il admet, qu'au fait que ces oiseaux n'exécutent plus de mouvements spontanés et que l'effet du travail musculaire ne figure plus par conséquent dans les échanges. Cette objection tombe d'elle-même pour plusieurs raisons. D'abord les pigeous décérébrés s'agi-

tent dans leur volière au moins autant, sinon plus, que ceux qui n'ont pas subi cette opération. Les produits de desquamation cutanée, très abondante chez les oiseaux, et la pullulation des parasites constituaient d'autres causes de stimulation énergique de la peau et de furieux mouvements de grattage avec le bec. Donc, à cet égard, point de différence entre les pigeons sains et les pigeons décérébrés. En outre, d'après les dernières recherches, l'influence du travail musculaire sur l'élimination de l'azote est à peu près nulle. Les expériences de Fick et Wislicenus, celles de Voit, de Pettenkofer et Voit, etc., ont établi que la source de beaucoup la plus importante, sinon l'unique source de la force musculaire, consiste dans l'oxydation des substances ternaires, et spécialement du glycogène musculaire et du sucre du sang (Seegen). Un travail musculaire d'une certaine intensité détermine bien une plus grande absorption d'O et une plus grande exhalation de CO^2; il n'augmente pas l'élimination de l'azote.

Belmondo a pu constater, dans les quatre premiers jours qui ont suivi immédiatement l'ablation des hémisphères cérébraux, une destruction énorme de substances albuminoïdes se traduisant par une diminution extrêmement rapide du poids du corps et par une quantité extraordinaire d'azote éliminé. « Cette observation, ajoute-t-il, nous fait croire que les hémisphères n'exercent pas d'une manière directe leur influence trophique ou régulatrice d'échange, mais *par l'intermédiaire de centres nerveux inférieurs* », de centres mésencéphaliques. En somme, ces expériences prouvent bien l'action régulatrice exercée par le cerveau sur le métabolisme organique, sous forme d'*action trophique*, servant à exciter la rénovation des tissus : « Cette action, tout nous autorise à croire qu'elle a lieu en dehors du champ psychique ; c'est une fonction à laquelle est de tous points étrangère la conscience. Cette fonction se réalise au moyen du mécanisme suivant (1). Le cerveau intact — ainsi que d'autres centres nerveux le peuvent faire dans des limites moins étendues, les centres de la moelle épinière, par exemple, — envoie aux tissus, sous forme de *tonus chimique*, un afflux continu de stimulations, qu'il reçoit lui-même de la périphérie sous forme d'*excitations sensorielles, sensitives, musculaires, viscérales*, lesquelles n'ont pas besoin d'être perçues par la conscience, et, quand elles le sont, constituent cet ensemble de *sensations obscures* que nous *percevons* dans nos états de bien-être et de mal-être général ainsi que dans la capacité fonctionnelle de nos appa-

(1) Recherches expérimentales de Zuntz et Röhrig, Belmondo, Belmondo et Oddi, Tomasini.

reils de sensibilité et de mouvement. Cette *onde réflexe incessante* est précisément celle qui, par l'activité dans laquelle elle maintient tous les éléments de l'organisme, accélère puissamment les *échanges chimiques dans les tissus*. Elle manque ou est décidément incomplète lorsque manque une partie du système nerveux aussi importante que les hémisphères cérébraux, et l'on conçoit comment les échanges peuvent alors devenir pour ainsi dire torpides, et cela non pas tant pour les processus d'oxydation des substances non azotées, qui servent surtout à maintenir la température nécessaire à la vie de l'animal, que pour ce qui a trait à la nutrition propre des éléments des tissus dont le renouvellement plus ou moins rapide nous est indiqué par la quantité d'azote éliminé ».

La synthèse des résultats de la partie critique et de la partie expérimentale de l'étude de BELMONDO est ainsi présentée par lui-même, au moins dans ses grandes lignes principales :

1° Le cerveau a la plus grande influence sur les échanges matériels de l'organisme entier ; il contribue, avec les centres nerveux inférieurs, à régler la nutrition par l'action notable qu'il exerce sur les décompositions de l'albumine et par conséquent sur la rénovation continue des éléments constitutifs des tissus. Cette influence, qu'on peut appeler *trophique*, est commune à tous les centres nerveux. Les centres spinaux exercent leur action sur les territoires limités auxquels se distribuent leurs nerfs, tandis que « les hémisphères agissent probablement à travers les centres du mésencéphale », en réglant le métabolisme du corps tout entier. Cette action semble avoir lieu, que la conscience existe ou non, par l'effet d'excitations qui de la périphérie, se propagent sous forme d'ondes continues jusqu'à l'écorce cérébrale au moyen des nerfs de sensibilité.

2° Rien ne prouve que, *par lui-même*, le système nerveux, y compris le cerveau, soit jamais le siège de processus métaboliques très actifs. De là la *présomption* que les échanges s'accomplissent lentement dans les éléments nerveux et que ces éléments ne dépensent jamais, pour aucune de leurs fonctions, une grande somme de travail. Le seul argument qu'on pourrait opposer à cette manière de voir, c'est que les centres nerveux, plus que toute autre partie du corps, cessent de fonctionner et meurent quand le sang oxygéné cesse de les irriguer. Mais quelle quantité d'oxygène est absorbée par les éléments nerveux? « Les recherches bio-chimiques jusqu'ici réalisées n'établissent pas, on le sait, qu'il existe dans le tissu nerveux des processus actifs d'oxydation » (SPECK). Si l'on admet que

la fonction du cerveau est surtout celle d'un *commutateur*, on conçoit que son activité n'exige pas de grandes transformations d'énergie. En termes de mécanique, on pourrait dire que « l'office des centres nerveux n'est pas de produire des forces, mais d'en varier le point d'application ».

Quant aux *fonctions psychiques* en particulier, voici ce qui ressort des observations : *a*) non seulement on ne peut prouver qu'elles soient liées à une augmentation des échanges chimiques du cerveau ; *b*) il ne semble pas davantage que les processus purement psychiques, les simples variations de l'état de conscience, changent ou soient conditionnés d'une manière correspondante aux variations des échanges généraux de l'organisme : « Nous n'avons jusqu'ici aucun fait positif pour admettre qu'un acte psychique — un mouvement ou une série coordonnée de contractions musculaires accompagnées de conscience — soit lié à des modifications d'échange plus grandes ou différentes de celles qui ont lieu pour le même acte ou pour un acte équivalent non accompagné d'états de conscience, c'est-à-dire pour un acte réflexe ou automatique. »

D'hypothèses, il vaudrait mieux n'en point faire ; nos connaissances ne le permettent pas. Quant aux *solutions possibles* du problème des rapports des fonctions psychiques avec les autres phénomènes biologiques, Belmondo en indique trois, dont les deux premières s'accordent le mieux avec l'orientation actuelle de la pensée scientifique et philosophique :

1° La *loi physique de la conscience*, d'Herzen, pourrait peut-être se trouver vraie et être un jour rigoureusement démontrée : « la conscience est unie exclusivement à la désintégration fonctionnelle des éléments nerveux centraux ; son intensité est en proportion directe de cette désintégration, et, en même temps, en proportion inverse de la facilité avec laquelle chacun de ces éléments propage à d'autres éléments le processus de désintégration qui l'a affecté et avec laquelle il revient à la phase de réintégration. » Jusqu'ici « cette loi manque de toute preuve sérieuse ». Le rapport qu'admet Herzen entre l'intensité de la conscience, c'est-à-dire de l'élément psychique des faits cérébraux,

et la désintégration des cellules nerveuses, devrait pouvoir être étudié au moyen des méthodes actuelles d'investigation physiologique et clinique. Il reste toujours, il est vrai, l'impossibilité où nous sommes d'isoler l'élément psychique des phénomènes cérébraux afin de pouvoir l'observer séparément.

2° Il se peut que, comme l'admet Bunge (1), entre autres auteurs, le phénomène psychique, au lieu d'être la *cause directe* des mouvements volontaires de la vie animale n'en soit que l'*occasion* ; il mettrait simplement en jeu le dyuamisme organique, lequel peut d'ailleurs l'être d'une manière absolument automatique, et partant inconsciente, sans l'intervention de la volonté. Il est certain que, dans cette manière de voir, l'importance mécanique des phénomènes mentaux diminuerait beaucoup, en tant qu'effet et cause à leur tour de transformations de forces physiques connues. L'influence minime qu'exercent sur les échanges de l'organisme les phénomènes psychiques, n'aurait plus lieu de surprendre. « Quelque petits que puissent être, dans cette seconde solution, les représentants physico-chimiques du travail mental, on ne devrait point désespérer que des perfectionnements, encore impossibles à prévoir, de nos méthodes d'investigation — toujours dans la supposition qu'il deviendra possible d'isoler le fait psychique de tout autre phénomène biologique et de l'analyser — ne permettent un jour d'évaluer exactement la combinaison ou la réduction des fractions infinitésimales de matière organique et de mesurer des quantités extraordinairement minimes de chaleur dégagée ou absorbée. »

Belmondo signale expressément la part considérable qui pourrait revenir à la morphologie cellulaire pour la solution de ce problème. S'il était prouvé que des états donués de conscience, l'associatiou des idées, les impulsions volontaires, peuvent résulter des *changements temporaires dans les connexions des prolongements des cellules nerveuses* (hypothèse du « commutateur ») ou, ainsi que permettent déjà de le faire présumer quelques recherches cytologiques, de dispositions et de groupe-

(1) G. Bunge. *Lehrbuch d. physiol. und pathol. Chemie*, III^e Aufl., 1894.

ments variés et variables des éléments constituants du corps de la cellule nerveuse, on posséderait une démonstration anatomique de la base physique des processus mentaux (1).

3° La dernière solution qui semble possible — BELMONDO ne dit pas probable, — de ce problème, serait que les phénomènes mentaux, la conscience, le reflet de l'univers dans le « moi », ne représentent pas une transformation d'une des énergies connues et ne soient point, par conséquent, réductibles aux lois des phénomènes physiques. Ce serait la ruine de la conception moniste du monde, le triomphe des idées vitalistes. D'innombrables recherches restent à faire avant que cette révolution puisse même être pressentie. A l'heure actuelle, le mot qui résume le mieux l'état de l'esprit humain dans cet ordre de la connaissance est celui qu'a écrit BELMONDO lui-même à la fin de son étude, le mot célèbre de Du Bois-Raymond : *Ignoramus*.

(1) Ces « recherches cytologiques » n'ont pas la portée qu'on leur attribue d'ordinaire. Il est certain que si des mouvements amiboïdes se produisaient dans le corps et dans les prolongements des neurones, on ne saurait surprendre, d'une manière plus directe, l'aspect en quelque sorte objectif des processus psychiques. Mais l'hypothèse de Rabl-Rückhard sur l'amiboïsme des cellules nerveuses, n'est qu'une hypothèse pure, un jeu d'esprit, et la *nature nerveuse* des éléments mobiles du cerveau de *Leptodora hyalina*, a été révoquée en doute par Wiedersheim lui-même. V. les objections de Kölliker, de Lenhossek, de S. Ramon y Cajal, et les sources, avec les propositions authentiques, des textes de Wiedersheim et de Rabl-Rückhard, dans notre travail sur l'*Amiboïsme des cellules nerveuses*. Rev. génér. des Sciences, 15 mai 1898.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Académie de médecine

ANNÉE 1896.

I. — *Sur un mémoire de M. le Dr Gilles de la Tourette concernant la syphilis héréditaire de la moelle épinière.* (Rapport de M. Fournier, séance du 12 mai.) — M. Gilles de la Tourette est parvenu à colliger un certain nombre de faits lui permettant d'ébaucher une histoire clinique et anatomo-pathologique des myélopathies dérivant de la syphilis héréditaire. Il a distribué ces faits en trois groupes.

1° Manifestations médullaires congénitales de l'hérédo-syphilis. De ce groupe émerge une entité des plus curieuses : le tabes congénital spasmodique ou maladie de Little. Trois cas ont permis à MM. Fournier et Gilles de la Tourette d'attribuer à l'hérédo-syphilis ce syndrome dont l'origine paraissait si obscure jusqu'ici.

2° Myélopathies héréditaires de l'enfance. Dans ce groupe, les types cliniques sont très variés en raison de la différenciation progressive des tissus : paraplégies communes, paraplégies spasmodiques, poliomyélite antérieure, etc.

3° Le troisième groupe a trait à des faits de même ordre. L'hérédo-syphilis de la jeunesse et de l'âge mûr n'est plus récusable et pourtant on n'en tient pas assez compte. On voit des myélopathies de cette nature se produire chez des sujets de dix-huit à cinquante ans.

Dans une dernière partie de son mémoire, M. Gilles de la Tourette traite du tabes d'origine hérédo-syphilitique que l'on a vu se produire à neuf, treize, dix-huit, vingt, trente et un ans. « Désormais, concluent l'auteur et le rapporteur, une enquête sur l'étiologie du tabes ne sera complète que si l'on y fait une place pour les antécédents hérédo-syphilitiques tout aussi bien que pour les antécédents de syphilis acquise. »

II. — *De l'épaisseur des os de la voûte cranienne à l'état*

normal et à l'état pathologique; par M. Péan (séance du 16 juin 1896). — Ce qui nous intéresse dans ce mémoire, ce sont les cousidérations qu'il contient sur l'épaisseur du crâne dans les maladies nerveuses : Elles sont pauvres et se réduisent à ceci :

Dans l'*idiotie*, le crâne présente de l'asymétrie, une petitesse habituelle et d'autres modifications que l'auteur estime ne pas devoir décrire. Il offre presque toujours une épaisseur plus considérable que celle que l'on trouve chez les sujets bien portants et il y a une véritable irrégularité dans la distribution de cette épaisseur.

Dans l'*épilepsie* et la *dégénérescence mentale*, on retrouve les mêmes particularités, mais atténuées.

Dans la *lypémanie*, l'auteur a souvent noté l'hyperostose, mais sans fait bien saillant.

Dans l'hydrocéphalie, les os restent très minces jusqu'à l'âge de trois à cinq ans; plus tard l'épaisseur augmente et devient à peu près normale.

III. — *Les paralysies toxiques en général et la paralysie arsenicale en particulier. Danger de la médication par l'arsenic;* par M. Lancereaux (séance du 21 juillet). — L'auteur rappelle ses communications antérieures sur les paralysies toxiques et les caractères cliniques qui les séparent des affections similaires. Puis il rapporte le cas d'une jeune fille âgée de treize ans qui, prise subitement d'accidents aigus fébriles d'assez longue durée, commença à faire de la paralysie des extrémités des membres. La paralysie, surtout accentuée aux membres inférieurs, présentait les caractères de la paralysie des extenseurs de cause toxique. On ne découvrait pas la nature de l'intoxication, quand on apprit que la malade avait, pour un psoriasis, suivi pendant trois ans un traitement arsénical.

M. Lancereaux a observé un second cas analogue. Une femme de trente-huit ans prenait depuis le mois de mars 1895 dix à quinze gouttes de liqueur de Fowler par jour lorsqu'elle entra dans son service le 20 janvier 1896. Ignorant cette circonstance, M. Lancereaux lui prescrivit la liqueur de Fowler à dose progressive. Une intoxication rapide se produit avec fourmillements de l'extrémité des membres, sensations d'engourdissement et de brûlure et de l'anesthésie. La suppression du médicament permit à cet ensemble symptomatique de rétrograder. Il y a donc lieu de manier avec prudence la médication arsénicale.

IV. — *L'alcoolisme chez l'enfant; son influence sur la crois-*

sance; par M. Lanceraux (séance du 13 octobre). — De certains faits cliniques observés par lui, M. Lancereaux conclut que les excès de boissons alcooliques, dangereux pour l'adulte, sont funestes pour l'adolescent et néfastes à l'enfant dont ils altèrent les organes, modifient le développement physique et souvent aussi les facultés morales de façon à en faire un dégénéré. Aussi le médecin et l'hygiéniste ne sauraient-ils trop proscrire dans l'enfance l'usage immodéré de boissons alcooliques, y compris le vin, réputé à tort boisson hygiénique.

V. — *Rapport du professeur Panas sur un travail de M. le Dr Gourfein (de Genève) intitulé : Double ophtalmoplégie extérieure et héréditaire chez six membres de la même famille* (séance du 1er décembre 1896). — Après un historique de l'ophtalmoplégie dont l'étiologie, obscure comme celle de beaucoup d'encéphalopathies, relève sans doute souvent de la syphilis, M. Panas analyse l'observation de M. Gourfein portant sur six individus de la même famille, la grand-mère paternelle, le père et quatre de ses enfants sur six, tous des garçons, tous atteints d'ophtalmoplégie congénitale complète, alors que deux fillettes étaient indemnes. Ce cas fait incliner M. Gourfein à admettre que, dans l'ophtalmoplégie congénitale, il s'agit, non d'une lésion nucléaire ou sous-nucléaire, mais d'amyotrophie héréditaire familiale.

A. Cullerre.

Société de Chirurgie.

Année 1898.

Discussion sur les psychoses post-opératoires (suite et fin).

Séance du 25 mai. — *M. Picqué*, résumant la discussion à laquelle ont été consacrées un grand nombre de séances de la Société, reprend, pour les mieux mettre en lumière, quelques-uns des points les plus importants qui avaient été abordés.

1° Chez les malades qni se présentent à nous, dit-il, il faut tout d'abord distinguer les fous véritables, qui le sont au moment où ils nous consultent, et qui ne viennent solliciter les secours de la chirurgie que sous l'empire d'idées délirantes ou obsédantes.

Depuis longtemps, j'avais appris à reconnaître ces malades et à résister systématiquement à toute demande d'opération de leur part. C'est pourquoi j'y avais tant insisté dans ma com-

munication, en vous citant quelques-uns des cas les plus typiques que j'avais observés. Or, j'ai pu constater que beauconp de nos collègues avaient eu affaire à des malades de ce genre.

Il y a quelques jours à peine, j'ai été encore consulté par deux malades, dont l'une accusait une rectocèle imaginaire et l'autre un rein mobile, et qui étaient parvenues à influencer leur médecin dans le sens d'une opération.

Il faut savoir que ce sont ces malades qui jettent partout un discrédit injustifié sur la chirurgie et les chirurgiens ; qu'en simulant ou en exagérant des troubles subjectifs, elles arrivent parfois à exercer une véritable suggestion sur le chirurgien, qui se trouve alors amené à pratiquer, devant les douleurs accusées par les malades, des opérations dont elles ne sauraient retirer aucun profit; et alors, elles racontent partout qu'on leur a pratiqué des opérations inutiles et nuisibles.

Elles présentent, en réalité, après l'opération, des interprétations délirantes comme elles en ont présenté avant.

Presque tous nos collègues en ont rapporté d'intéressants exemples.

Reynier pense que dans cette catégorie de malades, il ne faut pratiquer que les opérations où l'on ne doit que restaurer, et qu'à ce titre, l'on peut pratiquer les périnéorraphies et les néphropexies, opérations qui peuvent supprimer, dit-il, la cause de la localisation de la phobie, et notre collègue ajoute qu'on doit s'abstenir des opérations mutilantes. Pour ces dernières, je partage l'avis de notre collègue, s'il s'agit d'ovaires scléro-kystiques, que je suis aussi peu disposé que lui à traiter par l'extirpation.

Mais là se borne notre accord. Je crois, en effet, pour des raisons que j'exposerai dans une autre communication, que les aliénés n'ont qu'à retirer des avantages d'opérations mutilantes, pratiquées dans certaines conditions que j'aurai à déterminer. D'autre part, je n'accepte que sous les plus expresses réserves toutes les plasties que vante notre collègue.

J'ai dit que c'est à la suite de ces opérations qu'on observe le plus grand nombre de psychoses, et j'en ai indiqué les raisons, qui me paraissent probantes.

2° En dehors de cette catégorie de malades, qui ne peuvent rentrer dans le cadre des psychoses post-opératoires, nous trouvons toute une classe de sujets qui ne présentent aucun délire au moment de l'opération, mais qui sont cependant susceptibles de délirer plus ou moins longtemps après ; ce sont ces

délires qui constituent réellement le domaine des psychoses post-opératoires.

Dans ma communication, j'avais distingué du vrai délire post-opératoire, et sous la dénomination peut-être impropre, mais certainement commode, de faux délires, les délires par intoxication.

Plusieurs de nos collègues ont apporté ici des cas qui représentent les diverses variétés d'intoxication qu'on peut observer dans la pratique : des cas d'intoxication iodoformique, de délire urémique, de délire septicémique, etc.

Le délire anesthésique a été également signalé par quelques-uns de nos collègues. Pour ma part, je n'ai jamais eu l'occasion, dans mon service très actif de l'hôpital Dubois, d'observer des cas de délire post-chloroformique, et je pense qu'on ne doit accepter qu'avec de grandes réserves cette toxicité particulière du chloroforme, si tant est que les faits présentés ne soient pas justiciables d'une interprétation différente.

Notre collègue Reynier accepte le délire chloroformique ; mais il a émis, sur sa forme particulière, une opinion contre laquelle je tiens à m'élever de toutes mes forces. Il pense que le délire se traduit par des actes qui sont ceux de l'individu à l'état de veille. Partant de ce fait que, chez les hystériques et les alcooliques, le délire revêt la forme d'une crise d'hystérie ou d'un délire alcoolique, prémisses que je conteste formellement, car la crise d'hystérie, provoquée par le chloroforme, n'est pas le délire chloroformique, il pense que l'épileptique présente sous le chloroforme des crises d'épilepsie et le maniaque des crises de manie. Or, depuis quinze ans que je pratique la chirurgie dans les asiles, je n'ai jamais rien observé de pareil. Je tiens même, à ce propos, à insister sur ce fait curieux, c'est que, exceptionnellement, j'ai vu des délires post-opératoires chez les aliénés. Il y a là réellement une constatation intéressante, que je tenais à vous signaler, mais sur laquelle je reviendrai plus tard.

En dehors de ces faits de délire par intoxication, presque tous nos collègues ont rapporté ici des cas de vrai délire post-opératoire chez des malades qui n'étaient ni intoxiqués ni infectés et qui ne présentaient aucun signe de folie au moment de l'intervention. C'est à leur sujet que vous avez envisagé le rôle que pouvait exercer la nature de l'opération pratiquée sur la production du délire. L'influence des opérations gynécologiques a été naturellement discutée avec soin, et, malgré certaines opinions contradictoires, vous avez tous admis, comme

je l'avais fait moi-même, que les opérations gynécologiques ne prédisposaient pas plus que d'autres au développement de la psychose.

La preuve en est les cas d'appendicite et d'opérations sur le sternum, ceux de tumeurs au sein, de kélotomie, de mastoïdite, les cas de cataracte, les opérations de chirurgie urinaire. Tous ces faits, cités par nos collègues, ne viennent-ils pas démontrer que les interventions pratiquées dans toutes les régions peuvent engendrer des psychoses?

Enfin, des faits très intéressants ont été rapportés, qui viennent nous montrer qu'en dehors de l'acte opératoire, qu'il porte sur la zone génitale ou en dehors, certaines circonstances peuvent engendrer la psychose. Telles l'influence des troubles menstruels, reconnue depuis de longues années; l'évolution parallèle d'une lésion utérine et de la folie; la coïncidence de la folie avec une tumeur du sein, etc. On nous a même relaté une épidémie de psychoses chez des blessés se trouvant dans des conditions d'esprit particulières.

Ces faits, qui s'écartent du cadre des psychoses post-opératoires, sont toutefois importants à connaître pour démontrer combien le problème est complexe; ils vont cependant nous servir dans l'étude de la pathogénie.

Au point de vue des formes cliniques que peut présenter le délire post-opératoire, l'étude des observations présentées n'a rien révélé de bien spécial. Il s'y trouve des cas d'excitation et des cas de dépression, qui rentrent dans ma classification. On a relaté deux suicides; on a distingué aussi, des formes ordinaires, les accidents légers et passagers qui constituent les formes les plus atténuées du délire post-opératoire, et dont on doit faire un type à part.

Enfin, on a parlé des psychoses anté-opératoires, qui ont été qualifiées de phobie opératoire, parce qu'elle indique réellement qu'elle en est l'origine réelle.

La pathogénie de la psychose a donné lieu à des considérations fort importantes.

Dans ma communication, j'avais soigneusement laissé de côté la question de la folie sympathique qu'il n'appartient pas, selon moi, au chirurgien de trancher.

Que la prédisposition héréditaire soit une condition nécessaire, comme le veut Magnan et son école, ou que la psychose se produise chez un sujet absolument sain et par voie sympathique, peu nous importe. Je m'étais borné à montrer que la

psychose était fréquente chez les malades atteints de prédisposition héréditaire, en dehors des cas de folie sénile dont je vous ai rapporté un cas et dont Ollier vous a parlé.

Or, les nombreuses observations apportées démontrent qu'il s'est presque constamment agi de malades ayant présenté des antécédents personnels ou héréditaires de folie. Il en faut donc conclure que la plupart des malades qui présentent des psychoses post-opératoires sont, ou d'anciens aliénés, ou des prédisposés par voie héréditaire.

Quant à la prétendue prédisposition acquise dont on a parlé, il faut bien songer qu'elle est souvent le résultat de la dissimulation du malade, qui cache son délire, ou de celle de l'entourage, qui masque les antécédents de famille. Quoi qu'il en soit, il faut tenir compte de ces deux éléments. Aussi Segond, dans une formule qui, évidemment, a dépassé sa pensée, a-t-il été trop loin en disant que l'opération ne rend folles que celles qui l'étaient déjà, et Richelot s'est davantage rapproché de la vérité en disant qu'il s'agit presque toujours de femmes prédisposées ou déjà folles, conclusion à laquelle j'étais arrivé de mon côté.

La prédisposition héréditaire, à laquelle vous avez fait jouer, avec raison, un rôle important, semble être le facteur pathogène de toute psychose opératoire. Magnan et le professeur Joffroy y ont, de leur côté, beaucoup insisté. Mais ce facteur, tout important qu'il est, ne saurait se substituer aux divers facteurs étiologiques de la psychose post-opératoire.

La prédisposition héréditaire, si tant est qu'elle existe dans tous les cas, ne constitue que le terrain; mais la cause deuxième, la cause étiologique, doit être envisagée à part, et, bien qu'elle ait besoin de la cause première, à savoir la prédisposition, pour produire son effet utile, elle n'en mérite pas moins d'attirer notre attention, car elle tient, à mon avis, une grande place dans l'histoire de la psychose.

A ce point de vue, plusieurs de nos collègues ont présenté des faits utiles à connaître : ainsi, on a parlé de la frayeur opératoire provoquée par l'entourage, et souvent par les médecins ; de la sidération de certains malades par la peur. Cette influence est hors de conteste d'ailleurs, dans les cas de phobies opératoires, signalés par Bouilly, et les psychoses anté-opératoires, sur lesquelles Ollier a également insisté. La connaissance de ces faits montre toute l'importance qu'il faut accorder à cette donnée étiologique.

Hartmann nous signale une impression morale vive chez une de ses malades, opérée de grossesse extra-utérine : le chagrin de la perte de son enfant.

Le changement d'habitudes semble avoir joué un rôle important chez deux malades ; de même, le chagrin qui résultait, chez plusieurs femmes du monde, de l'ablation du sein, etc.

Toutes ces causes ont leur importance, bien qu'il semble qu'elles ne soient susceptibles de produire une psychose que sur des sujets prédisposés. Quant aux autres causes invoquées, telles que la suppression de la fonction ovarienne, le voisinage des centres nerveux, elles semblent plus contestables.

Il ressort, en résumé, de cette importante discussion :

1° Qu'il existe bien réellement des psychoses post-opératoires ;

2° Qu'à part les malades antérieurement fous, elles semblent ne se produire que chez des sujets prédisposés ;

3° Que les causes qui font éclater ces manifestations délirantes sont multiples et qu'elles peuvent agir simultanément ou isolément ;

4° C'est dans ce dernier cas seulement qu'on peut voir le délire éclater en dehors de l'acte opératoire, quand il procède de l'impression morale causée par la maladie ou par la pensée de l'opération (phobie opératoire).

Le dernier point mis en relief est relatif à la prophylaxie de ces psychoses. On a justement fait remarquer qu'il était nécessaire, avant toute opération, d'examiner l'état cérébral des malades, tout comme il convient de procéder à l'examen des viscères. Mais cet examen ne saurait avoir d'autre résultat que d'écarter les malades qui sont déjà fous au moment de l'examen, et il ne peut, en aucune façou, laisser prévoir les cas de psychose post-opératoire. Beaucoup de nos collègues ont insisté sur ce dernier point. Berger et Segond ont très bien dit que la crainte d'une perturbation cérébrale post-opératoire ne devait pas arrêter le chirurgien quand, toutefois, il existait une indication opératoire formelle, avis qui a été, du reste, partagé par la plupart de nos collègues.

Bouilly a, de son côté présenté, des considérations importantes sur les contre-indications opératoires qui résultent de la phobie opératoire présentée par quelques malades, et qui amène souvent des désastres dont il vous a cité un cas bien frappant. Berger partage, à cet égard, la même opinion. Depuis longtemps, je suis persuadé, comme eux, que les malades qui ont

une crainte exagérée de l'opération présentent une vulnérabilité particulière, et, pour ma part, je me refuse systématiquement à toute intervention chez ces malades.

Quant à la guérison des psychoses par l'intervention chirurgicale, c'est là une question toute différente, dont l'examen ne pouvait trouver place dans cette discussion.

PICQUÉ.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANNÉE 1895.

Archives de neurologie.

I. — *D'une forme hystérique de la maladie de Raynaud et de l'érythromélalgie ;* par Léopold Lévi (numéros de janvier, février et mars). — Dans la première observation, il s'agit d'une femme de quarante-trois ans, rhumatisante, qui, sous l'influence de chagrins et d'émotions, a présenté successivement de la neurasthénie avec idées de suicide, des crises convulsives hystériques et qui, après une émotion plus intense, a été prise d'asphyxie des extrémités avec les caractères d'intermittence et de localisation habituels. Au bout d'un certain temps, s'est installé un véritable état de mal avec dix ou douze crises par jour d'une durée de une à deux heures ; en même temps, oligurie et anurie. L'hypnose a modifié favorablement cette névrose.

La seconde a trait à une fille de trente-sept ans, également rhumatisante, hystérique obsédée, qui, à la suite de la mort de sa sœur, fut atteinte brusquement du syndrome érythromélalgique aux membres inférieurs avec accès intermittents et très douloureux. L'hypnose supprime les accidents. Après une longue et substantielle discussion, l'auteur conclut : qu'il y a une forme de la maladie de Raynaud et une forme d'érythromélalgie qui sont purement hystériques et d'origine exclusivement psychique, causées par les émotions. Ces faits s'ajoutent à la longue liste des troubles vaso-moteurs de l'hystérie ; ils ne constituent pas d'ailleurs des maladies autonomes, mais des complexus symptomatiques qui peuvent se transformer l'un dans l'autre.

II. — *Un cas de folie simulée. Rapport médico-légal;* par MM. les D^rs^ P. Garnier et Ch. Vallon (numéro de mars). —

Il s'agit d'un maçon, âgé de trente-deux ans, jaloux, colère et brutal quand il avait bu et qui maltraitait habituellement sa femme ; un matin, il la précipita par la fenêtre, à la suite d'une discussion, et la femme vint s'abîmer sur le pavé. Il refuse d'ouvrir aux réquisitions de la police qui est obligée de faire crocheter sa porte.

On le trouve alors armé d'une hachette et d'un fer à repasser qu'il jette à la tête des agents. A l'instruction, il prétend que sa femme s'est précipitée elle-même et se met à divaguer. Pendant plusieurs mois, il joua la comédie de la folie et a tenu son rôle sans défaillir. A l'audience, il cesse de simuler. Responsabilité normale. Condamnation.

III. — *De l'intoxication dans l'épilepsie ;* par le Dr J. Voisin et Raymond Petit (numéros d'avril, mai, juin, juillet, août). — Voici, en résumé, les conclusions de cet important mémoire :

1° L'épilepsie générale est une maladie héréditaire et ses manifestations sont sous la dépendance d'une disposition du système nerveux.

2° Elle peut être divisée en deux classes : épilepsie réflexe, épilepsie par intoxication.

3° et 4° La première est moins grave et ne s'accompagne pas de troubles gastro-intestinaux, contrairement à la seconde qui est plus grave.

5° et 6° L'épilepsie par intoxication peut relever d'une auto- ou d'une hétéro-infection. L'épilepsie réflexe peut se transformer en épilepsie infectieuse.

7° Dans l'épilepsie par intoxication, lorsqu'un état de mal s'accompagne d'hémiplégie corticale, on voit souvent ensuite, avec la démence épileptique ordinaire, une sorte de tabes spasmodique ou diplégie cérébrale.

8° à 12° Le traitement doit viser deux points : la prédisposition et les accidents de la maladie ; le bromure répond à la première indication, les purgatifs et l'antisepsie intestinale à la deuxième. Le bromure doit être suspendu pendant la durée des troubles gastriques.

IV. — *Un cas d'hémianopsie hystérique. Conférence faite à la Salpêtrière ;* par le Dr P. Janet (numéro de mai). — L'hémianopsie hystérique est assez peu connue. Un seul travail récent la constate avec précision. Il est dû à MM. Déjerine et Vialet, pour qui c'est un symptôme oculaire du même ordre que le rétrécissement du champ visuel, ayant la même portée diagnos-

tique et pronostique. L'opinion de M. Janet est analogue. Il présente un cas extrêmement curieux d'une hystérique à idées fixes, se plaignant de ne voir les objets que du côte gauche et qui, à l'examen périmétrique, présente un rétrécissement concentrique des deux champs visuels avec hémianopsie *interne* ou *nasale*. Cette contradiction s'explique par ce fait que la malade manque presque complètement de la vision binoculaire : elle n'a que la vision monoculaire alternante et de préférence par l'œil gauche. En conséquence, elle ne perçoit en réalité que les sensations de l'œil gauche et fait abstraction de celles de l'œil droit. Le phénomène de l'hémianopsie s'accompagne donc ici d'un phénomène hystérique intimement lié avec lui.

V. — *Des éléments communs à tous les quartiers d'un asile d'aliénés;* par le Dr Marandon de Montyel (numéro de juin). — L'auteur étudie les éléments communs à tous les quartiers d'un asile d'aliénés ; ils sont au nombre de seize et l'énumération en serait insuffisante pour en donner une idée intelligible. Nous devons donc renoncer à en faire une analyse et inviter le lecteur à se reporter aux développements de l'auteur.

VI. — *Infanticide et hystérie;* par le Dr A. Cullerre (numéro d'août). — Rapport médico-légal concernant une fille qui, quelque temps avant d'accoucher et d'étouffer son fœtus, avait subi un traumatisme du crâne ayant déterminé des accidents hystériques multiples et en particulier du délire. Légère excitation maniaque durant l'instruction. Néanmoins, comme la préméditation était évidente et qu'il n'y avait pas trace de psychose impulsive, les conclusions furent pour la responsabilité atténuée. Non-lieu.

VII. — *Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés;* par MM. Bourneville et J. Berger (numéro d'août). — Très intéressante étude des procédés extrêmement minutieux qu'il convient de suivre pour apprendre la parole aux idiots qui, sans être sourds, ne parlent pas et pour rectifier l'articulation de ceux qui parlent mal. Une pareille étude, toute technique, ne peut s'analyser et nous nous contenterons de la signaler.

VIII. — *Psychoses sur un fond de dégénérescence mentale chez le vieillard;* par le Dr Trénel (numéro de septembre). — Les dégénérés peuvent atteindre la vieillesse sans délirer, ce qu'avait déjà formellement constaté Morel ; il est donc inexact d'attribuer à M. Magnan seul la découverte de ce fait clinique, comme le fait l'auteur. Son travail se compose de deux obser-

vations où la forme du délire et son mode de systématisation permettent de le rattacher à la folie des dégénérés.

IX. — *Etude sur la méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale;* par le Dr T. Nageotte (numéro d'octobre). — Il existe dans le tabes, la paralysie générale et les myélites syphilitiques, un processus d'inflammation diffuse qui s'éteud à toute la moelle. Cette lésion *vasculaire* ou *conjonctive*, consiste essentiellement en une infiltration de cellules rondes qui envahit la pie-mère, l'arachnoïde, les capillaires de la moelle, surtout les tuniques des veines superficielles. Elle entraîne consécutivement des lésions parenchymateusés.

Les lésions de l'écorce cérébrale (paralysie générale), des nerfs radiculaires (tabes), des plaques de myélite (syphilis), ne sont que l'exagération de cette lésion diffuse.

Le processus semble d'une espèce distincte et paraît relever de la syphilis, dans la grande majorité des cas.

X. — *Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne;* par le Dr Paul Sérieux (numéro de novembre). — L'auteur montre, dans cette étude rétrospective, tout ce qui revient aux idées françaises et anglaises dans les progrès réalisés dans ce pays. L'influence française, prépondérante dans la première moitié du siècle, cède le pas à l'influence anglaise dans la seconde. Il expose ensuite tout ce qui, dans l'organisation actuelle des asiles de l'Allemagne, la place au premier rang : non restreint rigoureux, open-door de plus en plus généralisé, subordination du plan général aux exigences scientifiques actuelles (asiles-villages), colonisation des aliénés chroniques, traitement individuel scrupuleux des cas curables ; organisation du personnel de surveillance et multiplication du nombre des médecins. Il n'est que temps d'aviser si nous voulons reconquérir la place que nous n'aurions jamais dû perdre.

XI. — *Des quartiers spéciaux d'un asile d'aliénés ;* par le Dr Marandon de Montyel (numéro de décembre), — Dissertation dont les détails trop multiples se refusent à l'analyse, mais dont le thème proposé par l'auteur lui-même est que les quartiers d'un asile doivent avoir une disposition telle, qu'en les parcourant un homme du métier dira avec certitude : « Ici sont soignés les agités, là les malpropres, de ce côté, les maladies incidentes, de cet autre les suicidiques et les dangereux paisibles, par ici les tranquilles et par là les semi-tranquilles. »

Le Progrès médical.

I. — *Des éructations hystériques ;* par le professeur A. Pitres (n° 2). — Les éructations hystériques sont un syndrome peu connu et sur lequel les livres classiques ne disent rien. Cette leçon du professeur Pitres comble donc une lacune.

Il y a deux variétés d'éructations, l'une gastrique, l'autre pharyngienne ; elles résultent toutes deux de spasmes musculaires nettement coordonnés de façon à provoquer, dans la première, la déglutition et l'expulsion alternatives de quantités variables d'air atmosphérique, et dans la seconde, d'arrêter dans la cavité pharingo-œsophagienne de l'air pulmonaire qui est ensuite chassé avec bruit par la contraction brusque de cette cavité.

Deux cas cliniques sont présentés. Dans l'un il s'agit d'une jeune hystérique qui présentait des accès de hoquet et d'éructation qui survenaient régulièrement deux ou trois fois par jour et duraient chaque fois trois heures. L'ingestion d'aliments solides provoquait immédiatement une crise. Toute thérapeutique demeura impuissante ; la malade fut perdue de vue. Dans l'autre, c'est un jeune névropathe qui, très ému par une discussion, commença à émettre des éructations sonores qu'il ne pouvait réprimer. Comme chez l'autre, les aliments solides exagèrent le phénomène ; les éructations se répètent sans rythme régulier de douze à vingt fois par minute. Elles sont pharyngiennes et gastriques. Comme stigmates hystériques, il n'existe qu'un rétrécissement du champ visuel. Amélioration lente sous l'influence de badigeonnages à la cocaïne.

Le pronostic de cette affection paraît assez sérieux, et le seul traitement qui ait eu jusqu'ici quelque succès dans des cas analogues, c'est la médecine d'imagination : pilules de mie de pain, protoxyde d'hydrogène etc., administrés avec une certaine solennité.

II. — *Des myoclonies;* par le professeur Raymond (n° 26). — L'auteur se rattache à l'opinion qui veut que les myoclonies comprennent une série d'états pathologiques qui, en se fondant les uns dans les autres, vont des simples contractions fibrillaires des neurasthéniques jusqu'à la maladie des tics de Charcot et Gilles de la Tourette, en passant par le paramyoclonus multiplex, la maladie des tics au sens de Trousseau, la chorée électrique d'Hénoch-Bergeron. Il existe entre ces

diverses modalités cliniques des formes de transition qui établissent le passage de l'une à l'autre, toutes se développant sur une base commune qui est l'hérédité nerveuse.

Le pronostic des myoclouies est considéré comme favorable; néanmoins il ne faut pas oublier que les myoclonies ne s'observent guère que chez les héréditaires. D'où cette conclusion : les myocloniques sont prédisposés aux affections du système nerveux les plus diverses, notamment aux névroses qui entretiennent des rapports de parenté avec les psychoses. Il faut donc prévoir que les récidives sont fréquentes. Le fait qu'une myoclonie revêt le caractère d'une affection congénitale ou familiale doit être considéré comme circonstance aggravante. Autre point à noter : en présence d'un cas, quelque bénin qu'il paraisse, il faut se défier de la tournure que peut prendre le syndrome, car parfois le myoclonus n'est qu'un signe avant-coureur d'une affection organique du système nerveux.

De toutes les théories pathogéniques du paramyoclonus (origiue myopathique, névritique, spinale, corticale), M. Raymond n'admet que la dernière. Les régions corticales et sous-corticales du cerveau sont les seules dont l'excitation produit des spasmes cloniques; les spasmes prédominent habituellement d'un côté du corps et enfin les individus atteints de cette affection sont le plus souvent des héréditaires psychopathes.

III. — *Du larmoiement hystérique;* par le Dr E. Berger (n° 40). — L'auteur distingue les formes suivantes d'hypersécrétion lacrymale : 1° Epiphora par irritation des filets du trijumeau; 2° larmoiement dans l'hystérie; 3° dans l'ataxie locomotrice; 4° dans le goitre exophtalmique; 5° daus certaines intoxications.

Si le larmoiement hystérique est considéré comme rare, c'est qu'il est méconnu presque chaque jour. M. Berger en fournit ciuq observations parmi beaucoup d'autres.

En résumé, le larmoiement peut se développer à n'importe quelle phase de l'hystérie. Il peut durer des mois ou des anuées. Il est probable qu'un certain nombre de cas de larmoiement réfractaires à tout traitement, où l'on a enlevé la glande lacrymale, n'étaient que des cas de larmoiement hystérique.

Dans la plupart des cas, le larmoiement hystérique est une affection unilatérale, du côté où le champ visuel est le plus rétréci; pourtant le cas opposé peut se présenter.

Le diagnostic est difficile. Toutefois le phénomène disparaît

quand l'attention est distraite et augmente dans l'état opposé. Certaines malades atteintes du larmoiemont hystérique ne peuvent verser des larmes dans l'état d'émotion psychique. L'alternance du larmoiement et de la sécheresse de la conjonctive est encore un bon signe de l'origine hystérique du mal.

Le pronostic et le traitement ne sont autres que ceux de la névrose elle-même.

IV. — *De l'origine épileptique de l'automatisme ambulatoire;* par le Dr Dezwarte (n° 46). — Ce travail, inspiré par le professeur Lemoine, de Lille, a pour but de rectifier le diagnostic porté par différents médecins, et en particulier par M. Tissié, de Bordeaux, sur le cas du célèbre fugueur Dad.... Cet individu étant venu échouer à plusieurs reprises dans le service de M. Lemoine, on constata chez lui un symptôme positif de l'accès moteur, c'est-à-dire un spasme unilatéral caractéristique, d'abord limité aux lèvres, puis ayant envahi le bras, le tronc et la jambe gauche. Au début, les convulsions duraient quelques secondes ; maintenant elles durent une demi-minute. Ces accès d'épilepsie surviennent quand Dad... est hypnotisé; ils s'accompagnent de perte de connaissance.

Suivent deux autres observations où l'auteur veut montrer que les fugues analogues à celle de Dad... constituent bien un équivalent épileptique et que l'hystérie y est étrangère.

Quoique vraisemblable, ou peut-être plutôt partiellement vraie en général, la thèse de l'auteur ne nous semble pas échapper à toute discussion dans le cas actuel.

Archives générales de médecine.

I. — *De la méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral;* par le Dr J. Braquehaye (numéros de février et mars). — Ce travail de physiologie expérimentale a pour but de démontrer que, contrairement aux idées reçues: 1° la contusion cérébrale directe au niveau de la voûte est due à la rencontre du cerveau par la paroi cranienne au cône de dépression ; 2° que la contusion cérébrale indirecte est due à la fois au choc du cerveau lancé contre la paroi soulevée pendant un espace de temps extrêmement court, revenant sur elle-même, lésant le cerveau mobilisé en sens inverse ; 3° les lésions indirectes de la base du cerveau qui se confondent souvent avec celles des parties

latérales sont dues : *a*) au choc du cerveau contre la base (cornes cérébrales) ; *b*) à sa lésion contre les arêtes ; *c*) à l'arrachement par le mouvement de translation ; *d*) accessoirement au choc du liquide céphalo-rachidien.

II. — *Considérations générales sur l'hérédité hétéromorphe ;* par V. Hanot (numéro d'avril). — L'hérédité morbide est soumise aux lois qui régissent l'hérédité en général. Si elle suscite chez l'enfant une altération identique à celle du parent, si la tare acquise semble être le prolongement pur et simple de la tare familiale, l'hérédité est homéomorphe ; si cette tare diffère, ressemblant à une greffe insérée sur un tronc qui lui donne la sève, mais non la forme, l'hérédité peut être appelée hétéromorphe. Quand la tare spécifique héréditaire s'accompagne d'hypotrophies pures et simples, d'arrêt de développement proprement dit, l'hérédité est à la fois homéomorphe et hétéromorphe. Ici l'auteur nous donne une définition anatomique de l'arthritisme qu'il nous paraît bon de reproduire. Le goutteux arthropatique, au lieu de procréer un goutteux arthropathique comme lui (h. homéomorphe) ou un migraineux, ou un asthmatique (h. hétéromorphe), « peut procréer un enfant qui ne présentera plus aucune empreinte spécifique, mais seulement une hypertrophie avec moindre résistance des tissus conjonctifs, fibreux, osseux, etc., en un mot, de tous les tissus émanés du feuillet moyen du blastoderme. L'enfant ne comptera plus parmi les goutteux, mais parmi les arthritiques ». L'hérédité hétéromorphe joue un rôle important dans la descendance des phtisiques (doigts hippocratiques, déformation thoracique, infantilisme, rabougrissement de la taille, emphysème, développement imparfait du cœur, angustie artérielle, chlorose).

III. — *Trois cas d'hystéro-traumatisme ;* par L. Ombrédanne (numéro de novembre). — Ces malades présentent des paralysies survenues, pour deux, *immédiatement* après le traumatisme et pour le troisième dix-huit heures après. Chez les deux premiers au moins, le phénomène ne paraît donc pas dû au mécanisme de l'auto-suggestion subconsciente.

Chez tous les trois, l'hystérie se manifeste à un âge déjà avancé. Deux sont des alcooliques ou l'ont été ; le troisième a eu une gastrite d'origine probablement éthylique, l'alcoolisme avait donc préparé le terrain. A noter encore l'incohérence de ces paralysies qui frappent à la fois des groupes musculaires antagonistes. Enfin le traitement par la suggestion a semblé améliorer l'état des malades.

Annales d'hygiène et de médecine légale.

I. — *Homicide volontaire commis sous l'influence de la lecture des journaux anarchistes. Rapport médico-légal ;* par le Dr Ch. Vallon (numéro de janvier). — Richard est un jeune homme de dix-sept ans, efféminé, à antécédents héréditaires positifs, appartenant à une famille honorable et aisée, qui, sous l'influence de lectures anarchistes, conçut le dessein de tuer un *patron*. Après quelques jours de chômage volontaire, pendant lesquels il rumine son projet en épuisant ses économies, il achète un couteau de boucher et se met à la recherche d'une victime. Il hésite quelques heures et finit par planter son couteau entre les deux épaules d'un client inoffensif qu'il prend pour le patron d'un café. De l'étude approfondie de l'inculpé, l'expert conclut qu'il n'est ni un aliéné, ni un irresponsable, mais que c'est un incorrect au point de vue cérébral. Du fait de sa dégénérescence, son cerveau était un terrain tout préparé pour recevoir la semence des théories anarchistes. Responsabilité atténuée.

II. — *Du surmenage intellectuel dans les écoles et de la nervosité ;* par le Dr Gustave Lagneau, membre de l'Académie de médecine (numéro de février). — L'auteur soutient, en s'appuyant sur l'autorité de nombreux savants étrangers et sur sa propre expérience, que le surmenage scolaire n'est pas un mythe ; qu'il engendre la nervosité, la neurasthénie, les affections nerveuses et cérébrales, les maladies mentales. La céphalalgie est extrêmement fréquente chez ces jeunes sujets, surtout lorsqu'ils arrivent à la fin de leurs études. Les filles sont plus profondément atteintes que les garçons, et on constate chez elles, du chef du surmenage, une morbidité spéciale.

Comme moyen d'enrayer ce mal, dont la pathogénie est bien multiple et où le surmenage intellectuel véritable ne prend certainement pas la part prépondérante qu'il lui assigne, M. Lagneau propose de diminuer les heures de travail intellectuel, de supprimer les exercices inutiles, de restreindre et de spécialiser les programmes, de favoriser les exercices physiques, de cesser de stimuler les vocations libérales qui aboutissent à un autre mal, le prolétariat intellectuel.

III. — *L'irresponsabilité des actes chez les aliénés. Qualités et défauts de la loi française dans ses rapports avec cette question ;* par le Dr V. Parant (numéro de mars). — Après avoir disserté sur la nature de la folie, l'auteur montre l'inanité de la

doctrine des responsabilités partielles et l'excellence de l'article 64 du Code pénal. L'avantage de la loi française est qu'elle permet d'accorder ce qu'on appelle les *circonstances atténuantes* et d'adoucir, de mitiger la peine applicable à l'individu qui, sans être fou, présente des incorrections mentales. Cette opinion est appuyée de nombreuses considérations dont le tour paradoxal prêterait plutôt à la discussion qu'à une analyse méthodique.

IV. — *Des troubles intellectuels dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone;* par le Dr E. Marandon de Montyel (numéro d'avril). — Après avoir résumé les connaissances actuelles sur les troubles nerveux et mentaux engendrés par l'intoxication sulfocarbonée, M. Marandon présente trois observations de psychoses attribuables à cette intoxication, mais n'ayant aucun caractère spécifique et relevant seulement de la folie des dégénérés ; il conclut de cette longue étude :

1° Que le sulfure de carbone est susceptible de déterminer chez tous les ouvriers qui le manient deux désordres mentaux : l'un aigu, l'ivresse simple ; l'autre chronique, la démence ;

2° Que ces deux désordres peuvent être entièrement supprimés par une bonne hygiène des ouvriers et des usines ;

3° Que les autres troubles intellectuels constatés dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone, relèvent des prédispositions psychopathiques des sujets atteints ;

4° et 5° Qu'il n'y a donc pas de folie sulfocarbonée, pas plus qu'il n'y a de névrose de ce nom, et qu'il convient de déconseiller aux prédisposés les industries qui emploient le sulfure de carbone.

V. — *Pervertis et invertis sexuels; les fétichistes. Observations médico-légales ;* par le Dr P. Garnier (numéro de mai). — Le *fétichisme* morbide joue un rôle important dans les circonstances qui entraînent l'arrestation des pervertis et invertis sexuels. Loin d'être un excité sexuel, le fétichiste est bien plutôt un insuffisant ; il se dépense génitalement par une sorte d'ectopie amoureuse dans un culte bizarre, véritable onanisme psychique qui ne fait qu'entretenir l'onanisme réel, auquel tous ces déviés s'adonnent avec passion.

Le perverti et l'inverti ont chacun leur fétichisme : hétéro-sexuel chez le premier, homo-sexuel chez le second.

Le culte fétichiste du perverti sexuel est toujours d'essence féminine (fétichistes de la chemise, du mouchoir, des clous de bottines de femmes, du bonnet de nuit, du tablier blanc, du

linge blanc, etc.). Le fétichisme du mouchoir est le plus répandu. Il y a aussi l'amoureux de la soie ; le fétichiste des dessous féminins, du costume. Dans une catégorie voisine se place le fétichiste *corporel*, qui idolâtre une partie du corps de la femme : fétichistes des cheveux (coupeurs de nattes) ; des fesses (frotteurs) ; de la peau (mangeurs de chair et buveurs de sang de vierge).

Le fétichisme de l'inverti ressemble beaucoup au précédent mais le culte en est d'essence masculine ; c'est le culte du mouchoir, des bottes, des bas noirs, de la blouse, des chaussures vernies, associé à l'amour homo-sexuel et aux tendances pédérastes. Ce mémoire est illustré de très intéressantes observations médico-légales, qu'il faut lire en détail si l'on veut avoir une idée exacte des étranges aberrations de cette catégorie de dégénérés.

VI. — *Sur un cas de névrose traumatique de l'estomac avec mérycisme ;* par le Dr Dufour (numéro d'août). — Un individu reçoit dans la région de l'hypocondre gauche un choc violent causé par un timon de voiture ; mais grâce à l'interposition d'une sacoche, le coup n'a produit ni plaie ni ecchymose. Quelques crachements de sang seulement. Dès le lendemain régurgitations fréquentes ne lui permettant pas de conserver les aliments ingérés et persistant nonobstant toute intervention thérapeutique, même le régime lacté. Treize mois après l'accident, le mal persiste et a entraîné une véritable cachexie. Pas de dilatation stomacale, mais anachlorhydrie, pas d'hystérie, réflexes exagérés.

L'auteur conclut que cette affection mono-symptomatique (mérycisme) ne relève ni d'une lésion organique, ni de l'hystérie ni de la neurasthénie, mais d'une névrose spéciale, la névrose traumatique de M. Vibert.

VII. — *Rapports rédigés par le* Dr Motet *au nom de la Société de médecine légale de France pour répondre à deux questions du programme du Congrès pénitentiaire international* (numéro d'août). — 1° D'après quel principe doit être fait le calcul de la durée de la peine pour les condamnés atteints d'aliénation mentale, *a*) quand ils sont enfermés dans les asiles spéciaux dépendant de l'administration pénitentiaire ; *b*) quand ils sont transférés dans des asiles d'aliénés proprement dits ?

La solution de cette question dépend, tout entière, de l'idée qu'on se fait de l'état d'un homme atteint d'aliénation mentale, et elle se ramène à ces termes : « Doit-on ou ne doit-on pas

ajouter au terme légal de la durée de la peine le temps qu'un condamné devenu aliéné aura passé dans un asile de traitement? » Il n'y a pas de distinction à faire entre les deux sortes d'asiles, bien que les asiles proprement dits n'aient plus rien aujourd'hui d'une maison de détention, et ajouter à la durée légale de la peine un nombre de jours égal à ceux que le condamné aura passés hors de la prison serait une injustice. La folie est une maladie au même titre que la fièvre typhoïde, que la pneumonie, etc.; jamais on n'a pensé que la peine pût être suspendue pendant le séjour à l'infirmerie; le séjour à l'asile ne saurait entraîner des conséquences différentes.

2° Quelles mesures sont à prendre dans l'intérêt de la sécurité sociale contre les délinquants irresponsables ou contre ceux dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit (faiblesse d'esprit, aliénation mentale, etc.)?

Pour ceux qui ont été reconnus aliénés en cours de peine, l'administration pénitentiaire a été amenée par une sorte de nécessité à créer le quartier de Gaillon. Par une singulière anomalie, les meurtriers, incendiaires, violateurs, etc., qui sont mis à la disposition de l'autorité administrative, sont envoyés dans les asiles d'aliénés ordinaires sans même qu'une notice individuelle les fasse connaître aux chefs de service. Quoi d'étonnant que ces derniers commettent des impairs? (Le cas de Vacher donne un singulier regain d'actualité à ces réflexions.) D'où la nécessité d'une mesure judiciaire pour l'internement de ces irresponsables et la création soit d'un asile, soit de quartiers spéciaux annexés à un asile ou à une maisou de détention.

Les conclusions de ces deux rapports sont adoptées par la Société.

VIII. — *L'hospitalisation de la folie et les nouveaux asiles ouverts pour aliénés;* par le Dr E. Marandon de Montyel (numéro de novembre). — Chaud plaidoyer pour les asiles à portes ouvertes dont M. Marandon donne une description enchanteresse. Comme repoussoir, il nous fait, à la manière noire, un tableau singulièrement dautesque des asiles tels qu'ils sont sortis de la réforme de Pinel et tels qu'ils étaient au temps — il y a vingt ans à peine — qu'il accomplissait son internat et son adjuvat. Dans ces asiles, régnaient des chefs de service... ineffables. On comprend combien notre collègue a dû souffrir à son entrée dans la carrière, et les désenchantements de sa jeunesse nous expliquent les haines vigoureuses de son âge mûr. Il faut lire son article; il est intéressant et suggestif.

IX. — *Tentative de suicide et de parricide, affaire R..., rapport médico-légal ;* par le Dr Paul Chaulet (d'Agen) (numéro de décembre). — R..., qui paraît un normal, sous l'influence de chagrins domestiques, fait une tentative de suicide. Il guérit, mais continue à nourrir de l'aversion contre sa femme qu'il croit adultère et dilapidant le bien commun. Hallucinations, dépression mélancolique, évolution lente d'idées de persécution, interprétations délirantes, le tout d'une façon rémittente. Son père ayant succédé à sa femme dans sa haine persécutrice, il a tiré sur lui plusieurs coups de revolver sans l'atteindre. L'expert ne croit pas à un délire systématisé progressif, mais à des bizarreries de caractère et conclut à une responsabilité atténuée.

X. — *Fétichiste honteux, rapport médico-légal ;* par le Dr Charles Vallon (numéro de décembre). — L'inculpé que M. Vallon a eu à examiner était atteint de fétichisme, bien qu'il n'ait pas voulu l'avouer à l'expert. Il avait été surpris coupant des morceaux aux jaquettes des dames qui se trouvaient un jour dans la salle des dépêches du *Figaro*. Une perquisition amena la découverte à son domicile de nombreux morceaux de rubans et d'étoffes détachés de vêtements de femme, à l'aide d'un instrument tranchant.

L'individu en question simulait l'amnésie et prétendait avoir agi sous l'influence de l'ivresse. Il avait des antécédents héréditaires. Conclusion : responsabilité, mais avec application indulgente de la loi. M. Vallon ayant fait part au juge d'instruction de ses doutes, une ordonnance de non-lieu s'ensuivit et X... fut envoyé à l'infirmerie du Dépôt où il finit par avouer ses impulsions fétichistes pour les étoffes *laineuses* et *duveteuses*.

A. Cullerre.

JOURNAUX ITALIENS

Rivista di patologia nervosa e mentale.

Année 1896.

Suite et fin (1).

VII. — *Observations cliniques et anatomo-pathologiques relatives à un cas peu commun de poliomyélite antérieure aiguë ;* par Ezio Luisada (numéro de mars). — Pour la poliomyélite

(1) Voir les *Annales* de mai-juin 1896.

antérieure, comme pour le tabes et la paralysie générale, il existe une théorie vasculaire et une théorie parenchymateuse. La destruction des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle, événement qui domine toute la pathologie de la paralysie infantile, est-elle primitive, comme l'a cru Charcot, comme le croit Kahlden, si bien que les altérations du tissu interstitiel seraient secondaires, et les lésions artérielles récentes? Goldscheider soutient, au contraire, que le processus inflammatoire des artères est l'accident primitif, et que la destruction des cellules nerveuses des cornes antérieures est un fait secondaire. Un nouveau cas de poliomyélite antérieure aiguë publié, sous les auspices du professeur Mya, par E. Luisada, et dont l'étude clinique et anatomo-pathologique localise les lésions avec une rare précision, nous paraît de nature à faire avancer la solution de ce problème.

Dans le cas de Luisada, les foyers bilatéraux de myélite antérieure de la moelle lombaire présentaient, disséminés sur la blancheur du fond, des points noirs correspondant à autant de cellules de névroglie. La maladie qui avait déterminé ces ganglions de la moelle épinière chez un enfant de quatre ans — paralysie absolue et atrophie musculaire des membres inférieurs — paraît avoir été une septicémie avec localisation médullaire prédominante. Les lésions diffuses de la moelle avaient apparu de très bonne heure. Chez le jeune enfant, le système nerveux central est souvent atteint dans ces affections septicémiques qui tantôt frappent de préférence les veines, tantôt le foie, les muscles, l'appareil lymphatique, etc. Beaucoup de formes de méningo-encéphalites relèvent d'une septicémie. Très probablement, la poliomyélite infantile ordinaire, telle qu'elle se manifeste, avec des symptômes souvent foudroyants, dans la première année de la vie, est en rapport avec une septicémie d'origine gastro-entérique.

D'après la théorie de Mya, qu'expose l'auteur, la paralysie infantile dériverait donc d'un processus toxique ou toxhémique d'origine gastro-entérique. Quoique étendus à l'organisme entier, les effets de ce processus frapperaient de préférence les cellules des colonnes grises antérieures de la moelle, et cela à cause de la disposition spéciale de ces neurones à subir, durant les premières années de la vie, ces altérations. Les cornes antérieures du renflement lombaire sont particulièrement vulnérables à cette époque de suractivité fonctionnelle des organes de la locomotion. Dans la première année de la vie s'achève la forma-

tion du faisceau pyramidal; l'enfant acquiert le plein développement de ses muscles, d'abord dans ses membres supérieurs, puis, lorsqu'il s'essaie à se tenir debout et à marcher, dans ses extrémités inférieures. « Or, la condition organique de cette activité fonctionnelle doit naturellement se réaliser en grande partie dans l'élément fondamental de cette activité, dans le neurone moteur spinal, dans les cellules de la corne antérieure, et l'activité nutritive de ces neurones doit aller de pair avec leur activité fonctionnelle. Que, au cours de cette phase de suractivité de la nutrition de ces éléments, survienne, dans l'organisme, un processus toxi-infectieux, ou exclusivement toxique, les effets en devront surtout retentir sur ces éléments nerveux. Donc, de la même manière que les matériaux nutritifs des échanges normaux, les substances nocives, résultant d'échanges altérés, afflueront en grande quantité vers ces neurones. » A cette cause probable de prédisposition morbide, ajoutez la disposition individuelle qui, chez les différents sujets, modifie la résistance de tel ou tel tissu aux causes de maladies.

L'examen histologique du cas de Luisada confirme de tous points la doctrine de Charcot et de Kahlden : les lésions des cellules motrices, bien autrement graves que celles des vaisseaux, étaient primitives. Toutes les artérioles, même les plus petites, étaient imperméables. L'aspect des foyers poliomyélitiques, dans les renflements cervical et lombaire, fournissait un dernier argument. Dans la *moelle lombaire*, le *foyer* unique était nettement isolé du reste de la moelle par une manière de bourrelet fibreux; la destruction des cellules motrices en était *totale;* aucun élément nerveux n'avait échappé à la mort. Dans le *renflement cervical*, au contraire, le foyer était multiple, divisé à l'intérieur, par des cloisons ou septa, en trois petits foyers : la destruction n'était ici que *partielle*.

VIII. — *Sur les effets de l'extirpation des glandules parathyroïdes;* par G. Vassale et F. Genevali (numéro de mars).

IX. — *Sur la toxicité du suc gastrique chez des épileptiques;* par C. Agostini (numéro de mars). — Conclusions : 1° Le suc gastrique des épileptiques à grandes attaques, injecté au lapin, a une action nettement toxique; il détermine, à un degré différent suivant la dose, un abaissement considérable et durable de la température, de l'abattement psychique, de l'impotence motrice, du ralentissement de la respiration, de la parésie et la mort par convulsions diffuses toniques et cloniques; 2°. Ce pouvoir toxique est plus grand un peu avant l'accès et immé-

diatement après l'accès; le degré de toxicité est en rapport avec la violence et la durée des convulsions; 3° Au cas où un plus grand nombre d'expériences viendraient confirmer le fait, des indications thérapeutiques de la plus haute importance pourraient en sortir: les lavages méthodiques de l'estomac et l'antisepsie du tube digestif pourraient servir à combattre les manifestations paroxystiques d'un grand nombre d'épileptiques. Et cela, que la toxicité spéciale du suc gastrique chez les épileptiques relève d'une lésion primitive de l'estomac, ou que l'altération de la fonction gastrique soit attribuée à une lésion du système nerveux, ou enfin que l'on considère la muqueuse gastrique comme éliminatrice de toxines formées dans le torrent circulatoire.

D'expériences ultérieures de l'auteur, il résulte que la toxicité du suc gastrique diminue chez les épileptiques soumis à l'usage du bromure de potassium.

X. — *Modifications de la méthode au bichlorure de mercure pour l'étude des centres nerveux;* par Girol. Mirto (numéro de mars).

XI. — *Sur la différence ou diversité des propriétés d'inhibition dans la chaîne ganglionnaire du Palinurus vulgaris; son rapport avec la doctrine morphologique de la métamérie;* par P. Colesia (Laboratoire de la clinique psychiatrique d'E. Morselli) (numéro d'avril). — « Les physiologistes les plus compétents admettent aujourd'hui que la chaîne ganglionnaire des Arthropodes supérieurs (Crustacés, Décapodes et Insectes) présente une disposition des centres nerveux comparable à celle de l'axe cérébro-spinal des vertébrés. D'autre part, la morphologie comparée, en établissant la parfaite homologie des segments du corps ou métamères dans les différents types d'Anuélides, d'Arthropodes et de Vertébrés, a découvert, dans la structure du ganglion cérébroïde des Crustacés décapodes macroures, quoique modifiées par l'adaptation, des traces d'une soudure de trois paires de ganglions, originairement distincts et semblables aux autres, constituant l'extrémité céphalique. » C'est dans la clinique d'E. Morselli et sous les conseils de l'éminent professeur, que Colesia a institué une série d'expériences à l'effet de constater le degré de différenciation, quant aux propriétés d'inhibition, auquel ont atteint les différents ganglions de la chaîne nerveuse du *Palinurus vulgaris*. Aucune des parties du cerveau de la langouste ne présente les propriétés exclusivement inhibitrices que quelques physio-

logistes croient avoir observées dans les régions préfrontales du cerveau des Mammifères. Toutefois, les rapports entre le pouvoir d'inhibition et de dynamogénie, sous l'influence de courants électriques d'intensité variable appliqués, au moyen d'électrodes, sur les différents ganglions de la chaîne nerveuse, mise à nu par une section des téguments, ont été trouvés différents pour les ganglions *abdominaux*, *thoraciques* et *cérébroïde*. Au minimum chez les premiers, moyen chez les seconds, *le pouvoir d'inhibition est au maximum dans le cerveau*. Dès 1879, J. Ward avait constaté que le ganglion sus-œsophagien des Crustacés possède des propriétés d'inhibition sur l'activité réflexe des autres parties du système nerveux. E. Yung, un an auparavant, avait localisé dans le ganglion « cérébroïde » ou cerveau des macroures le siège de la volonté et de la coordination des mouvements.

Il est certes, comme le remarque Colesia, d'un grand intérêt de constater que, même dans des formes organiques si éloignées de celles des Vertébrés supérieurs, les phénomènes d'inhibition se manifestent là surtout où siègent les fonctions nerveuses les plus élevées (sensorielles et psychiques), et que, dans les centres inférieurement situés, le pouvoir d'inhibition varie parallèlement à la diminution des fonctions de coordination.

Ici, Colesia a comparé l'activité des différents ganglions de la chaîne nerveuse considérés comme des individualités physiologiques, sans se prononcer sur l'origine de la métamérie, c'est-à-dire sans déclarer si, selon lui, elle résulte d'un agrégat de ganglions ou d'une différenciation des parties d'un même organe. Il se propose d'étudier plus tard les autres phénomènes dans des formes où le caractère d'associations coloniales ne soit point douteux, et cela pour vérifier, au moyen de l'investigation des propriétés d'inhibition, jusqu'où s'étend l'indépendance relative qu'on suppose exister entre les individus associés. Ce n'est sans doute que par le progrès de la division du travail physiologique, et parallèlement avec la centralisation organique qui l'accompagne, que les diverses parties agrégées renoncent à leur autonomie individuelle en faveur d'une individualité supérieure, coordinatrice et inhibitrice par excellence.

XII. — *De quelques particularités de structure du noyau des cellules nerveuses;* par G. Lévi (Clinique psychiatrique de Florence, dirigée par le professeur Tanzi) (numéro d'avril). — Les récents travaux de cytologie de la cellule nerveuse ont porté bien plus sur le corps cellulaire que sur le noyau de la cellule. Nissl (1894) distingue dans le noyau une *membrane*,

un *réticulum* avec ou sans éléments chromatiques (*granula*), où existent un ou plusieurs *nucléoles*; il aperçoit dans le nucléole une mince couche externe plus obscure et un corpuscule central décoloré. Lenhossek (1895) constate la présence d'une *membrane nucléaire* des plus fines, un *réticulum nucléaire*, lequel est plus compact autour du noyau et s'étend, sous forme de trabécules peu colorables, à peine visibles, à tout le noyau; il n'insista pas sur la valeur morphologique de ces éléments. Au milieu du *nucléole*, il discerne un petit groupe de trois à cinq *nucléolules* punctiformes fortement colorés. Dès 1882, Flemming avait admis que, dans les cellules des ganglions spinaux, la membrane nucléaire aussi bien que le *nucléole* sont riches en chromatine. On considère aujourd'hui que la *chromatine* (ou *nucléine*) du *noyau* a des affinités pour les *couleurs basiques d'aniline*, le *nucléole* pour les *couleurs acides*. Lévi s'est surtout servi du mélange étendu de Biondi, selon la formule en usage au laboratoire de pathologie générale de Florence. « Un tissu nerveux placé dans le mélange de Biondi se trouve en présence de *deux* couleurs, une *acide* (*fuchsine*), l'autre *basique* (*vert* de méthyle). Si l'on prend garde que, d'après les idées récentes sur les affinités des tissus pour les différentes couleurs, on tend à accorder une importance plus grande à la constitution physique qu'à la constitution chimique des éléments de la cellule, on ne pourra nier que, lorsque quelques parties d'une cellule traitée par un mélange de couleurs acides et basiques *choisissent*, avec une grande constance, les unes la couleur acide, les autres la couleur basique; il est nécessaire d'admettre l'existence, dans ces parties, d'une différence, non seulement physique, mais chimique. »

D'après la nomenclature cytologique de Nissl, qu'adopte Lévi, les cellules nerveuses *somatochromes*, caractérisées par un cytoplasma abondant, sont par excellence les cellules des ganglions spinaux, des cornes antérieures, de Purkinje. Le cytoplasma des *Kernzellen* de l'histologiste allemand est au contraire peu abondant et le noyau est de grandeur moyenne (cellules de la substance de Rolando). Enfin, les grains (du cervelet, de la rétine) ont un petit noyau qu'entoure un cytoplasma extrêmement mince.

Dans les noyaux des cellules nerveuses, le nucléole se colore constamment avec la couleur acide, tandis que les grains qui l'environnent se colorent avec la couleur basique. On doit donc croire qu'il s'agit de deux substances fondamentalement diffé-

rentes. Dans toutes les cellules du type somatochrome, le nucléole est sphérique, à contour net. Sur ses préparations, Lévi n'a jamais aperçu les 3 à 5 nucléolules dont parle von Lenhossek ; on les voit souvent sur les préparations traitées par la méthode de Nissl. Lévi a maintes fois observé des granules irréguliers acidophiles disséminés dans le noyau, d'un volume peu inférieur au nucléole : ce doivent être les « nucléoles associés » de certains auteurs. Les granules basophiles sont toujours, dans ces cellules, disposés autour du noyau.

De quelle substance sont composés ces granules ? Leurs affinités pour les couleurs basiques d'aniline font songer tout d'abord à la nucléine (chromatine). Ce qui paraît le plus probable, c'est que ces masses en partie constitnent le karyoplasma, en partie représentent des produits d'excrétion. Au contraire, toute la chromatine du noyau serait représentée par les petits granules qui environnent le nucléole. Seul, Flemming a signalé la richesse en nucléine du nucléole (dans les cellules des ganglions spinaux), fait confirmé par Dehler. « Une localisation précise de la nucléine dans les cellules nerveuses n'est point, je crois, écrit Lévi, privée d'intérêt, aujourd'hui qu'on attribue à cette substance une fonction spécifique dans la reproduction (*substance héréditaire* de Weismann) (1). »

Il nous paraît, en effet, de la plus haute importance de faire ressortir, avec Lévi, que dans les cellules nerveuses des animaux supérieurs, cellules dont la faculté reproductrice est nulle, — ainsi que l'ont démontré les recherches de Fürstner et Knoblauch, de Marinesco, de Friedmann, de Ziegler, de Tirelli, touchant la régénération des tissus nerveux, — la nucléine non seulement est peu abondante, ce qu'on savait, mais présente une disposition typique spéciale. Chez le *Spelerpes fuscus* au contraire, dont Lévi a étudié le cerveau et la moelle, c'est-à-dire chez les *animaux inférieurs*, les *noyaux des cellules nerveuses* ressemblent beaucoup, pour la disposition comme pour la quantité de la nucléine, *à ceux des cellules des plus infimes fonctions*, des cellules de névroglie, par exemple. Il est donc probable que, chez ces animaux, des recherches sur la régénération des tissus nerveux aboutiraient peut-être à un résultat positif.

Relativement au *nucléole*, sa substance — la *paranucléine* —

(1) Weismann. *Das Keimplasma. Eine theorie der Vererbung*. 1892.

a des affinités pour les *couleurs acides d'aniline*. Elle présente, en somme, des réactions chimiques opposées à celles de la *nucléine*. Les notions qu'on essaie de se former sur les fonctions de la substance du nucléole sont beaucoup moins avancées encore que celles qu'on possède sur la nucléine. Si, du fait décrit par Lévi, qu'autour des nucléoles les plus gros les granules de nucléine sont le plus étendus en longueur, on rapproche celui de l'augmentation de volume du nucléole au cours de l'*activité fonctionnelle* des neurones (Mann, Lugaro), on pourra être amené à supposer que, dans ces modifications fonctionnelles de volume, le « nucléole entraîne avec soi les granules de nucléine et les contraint à prendre une forme allongée », processus qui s'accompagne d'une diminution de leur épaisseur.

Pour vérifier cette hypothèse, après avoir excité, avec un léger courant faradique, le sciatique de quelques cobayes, Lévi examina les trois ganglions spinaux dont les racines forment ce nerf. Il trouva, dans les cellules de ces ganglions, les nucléoles augmentés de volume, environnés de minces stries semi-lunaires de nucléine; rares étaient les nucléoles entourés de granules épais. Inversement, pour réaliser les conditions contraires de l'expérience, c'est-à-dire celles du *repos*, il laissa survivre quelques jours ces animaux après leur avoir sectionné le sciatique. Or, dans les ganglions d'origine des fibres de ce nerf, il constata que les nucléoles de la plus grande part des cellules étaient environnés de granules courts et épais disposés à la périphérie de ces nucléoles. Si cette observation provoquée n'éclaire encore que très peu le rôle morphologique et fonctionnel du nucléole, elle indique au moins que la nucléine doit suivre d'une façon passive les modifications de volume du nucléole durant l'activité fonctionnelle du neurone.

Appelons encore l'attention sur ce qui résulte des études de Lévi touchant les *Kernzellen* et les *granules* de Nissl comparés aux autres cellules nerveuses : ils n'en diffèrent pas seulement par l'indigence de leur cytoplasma et la petitesse de leur volume; l'absence dans le noyau de substance acidophile (*paranucléine*) et la grande abondance de substance basophile (de nucléine probablement) suffisent pour faire de ces cellules nerveuses un groupe bien distinct de celui des cellules *somatochromes*. Cette quantité plus considérable de *nucléine*, dans les *Kernzellen* et les *granules*, doit en effet nous incliner à admettre, à titre encore de pure hypothèse, l'infériorité fonctionnelle de ces neurones.

XIII. — *Sur une prétendue découverte faite dans le noyau des cellules nerveuses*, par E. Lugaro (numéro d'avril). — La particularité nouvelle que Roucoroni a décrite sur le noyau de la cellule nerveuse, en particulier des cellules pyramidales moyennes de l'écorce cérébrale, — une ligne allant d'un pôle à l'autre du noyau, etc., — résulte simplement d'une erreur de technique. Voy., I, 5, la *Réponse* de Roncoroni à l'article de Lugaro, et la *Réplique* de ce savant histologiste.

XIV. — *Contribution à la physiologie de la cellule nerveuse*, par G. Lévi (numéro de mai). — Essai d'*analyse microchimique* des produits intracellulaires de métabolisme de la cellule nerveuse dans l'état d'activité, et étude des modifications *qualitatives* et *quantitatives* de ces produits au cours des états fonctionnels, sans avoir égard à d'autres caractères du corps cellulaire et du noyau, tels que modifications de volume, variations de colorabilité, etc.

Lévi s'est ici proposé de considérer la cellule nerveuse au point de vue de ses *échanges matériels*, de ses processus métaboliques, tels que les décèle la structure granulaire du cytoplasma, structure bien distincte de celle des corpuscules chromatophiles ou blocs chromatiques de Nissl. On ne pouvait tenter rien de semblable tant que la structure interne de la cellule nerveuse était, pour ainsi dire, inconnue ; on a commencé de la mieux connaître. Or, ainsi que le dit excellemment Lévi, « la physiologie de la cellule nerveuse est indissolublement liée à sa morphologie ».

Deux théories sont en présence sur les processus métaboliques de la cellule en général.

Dans l'une, on admet que les grains ou granules intracellulaires dont nous avons parlé sont le produit de transformations de granules qui, dans la théorie d'Altmann, forment la partie essentielle du protoplasma : ce sont des éléments vivants. — Pour d'autres cytologues, ces éléments résultent du travail intracellulaire ; ils ne sont pas vivants ; s'ils sont utilisés par l'organisme, ce sont des produits de sécrétion ; s'ils ne le sont pas, des produits d'excrétion.

La suite de cet essai montre vers laquelle de ces deux théories Lévi s'est trouvé conduit par ses recherches, quoiqu'il se défende de rien soutenir de définitif à cet égard ; ces granules sont, pour lui, des *produits d'excrétion*. Les résultats qu'il expose ont été obtenus par l'étude des modifications que présentent les cellules des ganglions intervertébraux du lapin

(7° ganglion lombaire) soumis à des états d'*activité* ou de *repos*. Pour réaliser ces derniers, il sectionnait le sciatique en laissant l'animal survivre pendant deux jours. Il est d'ailleurs plus difficile qu'on ne le croit d'ordinaire d'obtenir l'état de repos d'une cellule nerveuse, c'est-à-dire de l'empêcher de fonctionner. Pour les cellules de la rétine, Lévi estime que cela est chose facile : il suffit, dit-il, après Mann, d'écarter l'accès des rayons lumineux. Pour les ganglions spinaux, au contraire, la section de la plus grande partie des fibres afférentes est une méthode bien moins rigoureuse, puiqu'un grand nombre d'excitations continuent d'agir sur le bout central du nerf. On peut croire que ces excitations sont d'une intensité très inférieure à celle des innombrables stimuli qui assaillent les terminaisons périphériques, intensité qui croît d'ailleurs, on le sait, comme une avalanche, avec la longueur du chemin parcouru (Pflüger, Tiegel, Wundt). « Dans la cellule nerveuse on n'observe pas, écrit Lévi, comme dans les autres éléments de l'organisme (fibres musculaires, cellules glandulaires), des alternatives de *travail* et de *repos* : aussi longtemps que des stimuli lui arrivent par les voies centripètes, la cellule nerveuse ne cesse point de fonctionner; et il est impossible de la soustraire complètement à l'influence de ces excitations. » Il en serait d'ailleurs, au dire de Lévi, autrement des cellules des ganglions spinaux que des cellules de la rétine, du corps genouillé externe, etc., dont il serait plus facile d'arrêter ou de suspendre l'activité. Pour évidente qu'elle apparaisse, cette remarque nous semble pourtant plus spécieuse que vraie.

Afin de déterminer les états d'activité des cellules nerveuses des ganglions spinaux, il excitait le nerf sciatique à différentes hauteurs au moyen d'un léger courant faradique qui agissait ainsi, à distance, sur les neurones du ganglion. La durée de l'excitation variait de 30 minutes à 8 heures. Immédiatement après l'excitation, la cavité vertébrale était ouverte le plus rapidement possible et le ganglion plongé dans un liquide fixateur, susceptible à la fois de mettre en relief les *granules* des cellules et de conserver intacte la structure si délicate du cytoplasma, le liquide d'Hermann, considéré aujourd'hui comme le meilleur fixateur des cellules nerveuses (Flemming, Mann, Dehler). Pour la coloration de ces granules, Lévi choisit celle qu'a proposée Galeotti; l'hématoxyline Delafield lui donna aussi quelques bons résultats. Les coupes (de 1-3 μ) étaient donc colorées par une solution chaude de *fuchsine* acide, puis, après

lavage et décoloration dans une solution alcoolique d'acide picrique et nouveau lavage, plongées dans une solution de *vert de méthyle* à 1 p. 100. Les granules du cytoplasma dont il s'agit ici ainsi que ceux du noyau, et que la petite quantité de chromatine environnant le nucléole, apparaissent colorées en rouge vif par la fuchsine ; les éléments de la substance chromatique du cytoplasma en vert clair. Lévi appelle les granules étudiées dans ce mémoire « fuchsinophiles » ou encore « interfibrillaires », parce qu'ils siègent entre les fibrilles de la partie dite achromatique du cytoplasma.

Il ressort des expériences de Lévi que, durant le *repos* de la cellule nervense des ganglions spinaux, des particules d'une extrême petitesse, appelées *granules* et *d'une structure physique différente de tous les autres éléments de la cellule*, *diminuent* très notablement. Si l'on ne réussit pas, dit-il, à la voir alors complètement disparaître, c'est-à-dire dans l'état de repos de la cellule, cela tient à la grande difficulté d'arrêter complètement l'activité fonctionnelle d'une cellule nerveuse, et surtout d'une cellule des ganglions spinaux.

Au cours d'une *excitation* prolongée, on voit au contraire *le nombre des granules augmenter*.

Ces deux faits suffisent pour incliner à croire, non seulement qu'un rapport existe entre ces granules et l'activité de la cellule, mais que ceux-ci sont un produit du métabolisme de cet élément nerveux. Ces granules, à coup sûr, ne sont point des éléments constituants, essentiels, de la cellule, des « bioplastes » au sens d'Altmann, puisqu'ils disparaissent durant le repos du neurone. L'augmentation du nombre des granules pendant la période d'activité de la cellule nerveuse a des limites : elle s'arrête après environ deux heures de stimulation. Ce fait indique un commencement d'épuisement de la cellule, une diminution de son excitabilité, hypothèse en accord avec ce fait d'expérience qu'alors que l'animal réagit énergiquement pendant les premières heures à l'excitation faradique, il ne réagit plus par la suite que si l'on augmente l'intensité du courant. A l'état de repos, ou tenu pour tel, de la cellule nerveuse, les granules sont très petits et ronds ; *leur volume augmente avec la durée de l'excitation*, en même temps que leur forme s'allonge. Ce changement de forme s'explique parfaitement par la place qu'ils occupent dans la cellule : ils sont toujours logés entre les fibrilles de la partie dite achromatique du cytoplasma ; ils doivent donc s'allonger dès qu'ils augmentent de volume. Le

siège interfibrillaire de ces granules se voit surtout nettement dans le cône d'origine du prolongement nerveux de la cellule, où abondent ces *produits d'excrétion*, preuve que cette région du neurone prend au moins une part aussi active que le reste du cytoplasma à la fonction de l'élément nerveux.

« Comme je n'ai rencontré que dans la partie achromatique de la cellule nerveuse des produits d'échange, je ne crois pas trop m'avancer, écrit Lévi, en disant qu'à cette partie seule ressortit une part active de la fonction. » On ne doit pas localiser dans la chromatine les produits d'échange, puisque cette substance, loin d'augmenter durant l'activité fonctionnelle de la cellule, diminue, selon Mann. Les *granules fuchsinophiles interfibrillaires sont des produits d'échanges intracellulaires.*

La présence de ces granules dans le noyau des cellules des ganglions spinaux à l'état de repos est digne d'attention ; dans les ganglions excités on n'en découvre plus : Lévi croit donc devoir admettre qu'au cours de l'activité de la cellule, les granules du noyau passent dans le cytoplasma. Peut-être, ainsi que l'a pensé Trambusti au sujet des cellules glandulaires, le noyau fournit-il au cytoplasma des matériaux déjà élaborés par lui. Mais l'étude des granules nucléaires est encore trop obscure pour qu'il soit possible de rien affirmer à cet égard.

En résumé, dans les cellules des ganglions spinaux, les processus métaboliques sont des plus actifs : Lévi y a trouvé une quantité de granules supérieure à celle de tout autre élément nerveux de l'organisme. Il est évident que la quantité de ces produits d'échanges intracellulaires est un critérium du degré d'activité métabolique d'un élément nerveux. Ranvier avait signalé la grande richesse de vascularisation des ganglions nerveux des mammifères. *Il est, du reste probable, que non seulement dans les cellules des ganglions spinaux, mais dans les cellules nerveuses en général, les processus d'échanges sont très actifs.* A l'appui de cette hypothèse, on peut rappeler, outre l'abondante vascularisation de tous les centres nerveux, que, de tous les élémeuts de l'organisme, la cellule nerveuse est celui qui supporte le moins la diminution d'oxygène.

XV. — *Contribution à l'étude de la paralysie bulbaire unilatérale;* par G. Geronzi (numéro de juin).

XVI. — *Méningo-encéphalites infectieuses et toxiques après la section du sympathique cervical ;* par Andrea Cristiani (numéro de juin). — Démonstration expérimentale du fait que *la section du sympathique cervical diminue la résistance*

cérébrale aux agents infectieux et toxiques en déterminant une altération profonde de la nutrition de l'écorce du pallium. Ces agents peuvent alors se localiser dans les centres nerveux encéphaliques et produire une méningo-encéphalite. C'est ainsi que Trambusti et Comba ont déterminé des néphrites infectieuses par l'extirpation du plexus cœliaque du sympathique abdominal et par l'inoculation intraveineuse de pyogènes à des lapins. « Aujourd'hui, pour beaucoup de psychoses, la psychiatrie tend à admettre une origine infectieuse ou toxiqne. On conçoit ainsi comment le sympathique cervical acquiert, par ces recherches, de l'importance, pour la genèse des lésions cérébrales, substratum anatomique des psychoses. » Et cela d'autant plus que, chez les aliénés, la résistance des éléments nerveux aux causes de destruction est congénitalement faible ou l'est devenue (prédisposition héréditaire ou acquise). Poincaré et Bonnet, Angiolella, ont décrit des altérations des ganglions du sympathique cervical dans la paralysie générale ; Echeverria chez les épileptiques. « Il est du reste notoire que, dans les formes les plus avancées des maladies mentales, les altérations du sympathique sont la règle. »

XVII. — *Des effets de l'extirpation des glandules parathyroïdes ;* par G. Vassale et F. Generali (numéro de juillet).

XVIII. — *L'analgésie du nerf cubital chez les aliénés ;* par Arrigo Giannone (numéro de juillet).

XIX. — *Les formes stupides et les formes confusionnelles de l'amentia ;* par Nicolo Buccelli (numéro de juillet). — La question des rapports de la *stupeur* et de la *confusion* dans cette vésanie reçoit, selon l'auteur, quelque lumière des considérations suivantes, véritables « postulats de pathologie physiologique » :

Si l'on prend garde que toutes les entités morbides ou nosologiques, telles que la manie et la mélancolie elles-mêmes, quoique reposant sur des caractères distinctifs, ne sont, en somme, qu'autant d'expressions des altérations d'un organe unique, l'écorce cérébrale, dont les divers éléments sont encore pour nous si inextricables, et qui possède la propriété de répondre, d'une manière si variée, aux excitations physiologiques et morbides, on ne saurait être surpris qu'à leurs confins la symptomatologie et la nosologie des maladies mentales se touchent et se confondent en tant de points. Il en est du reste ainsi pour toute la pathologie. « Qui ne sait, par exemple, que la poliomyélite infantile présente assez souvent des symptômes secondaires,

éphémères ou durables, indiquant que le processus ne s'est point uniquement localisé aux cornes antérieures? On ne saurait pourtant exclure du tableau nosographique de la poliomyélite ces cas cliniques, encore qu'ils ne soient pas typiques. La détermination topographique absolue du processus morbide, telle que nous le considérons généralement, n'est qu'un pur artifice... »

Si un processus morbide donné a de la tendance à ne frapper qu'une espèce donnée de cellules ou de fibres nerveuses, d'où résulte une expression clinique bien définie, ce processus n'en est pas moins capable de s'étendre à des éléments voisins et d'amener des complications secondaires.

Quel est le phénomène cardinal de la confusion mentale? La dissociation, l'incohérence, l'ataxie de toutes les opérations mentales. La confusion, phénomène ici caractéristique, est-elle primitive ou secondaire aux hallucinations? Contrairement à Chaslin et aux auteurs qui admettent que la dissociation des idées provoque secondairement les hallucinations, avec le délire des idées et l'incohérence des actes, Bianchi a soutenu que les phénomènes d'irritation psycho-sensorielle, c'est-à-dire les hallucinations, sont secondaires, et partant provoquées par la confusion mentale. Mais l'existence de la confusion mentale sans hallucination qu'on observe assez souvent dans les formes peu graves, ainsi qu'aux premiers stades des formes plus graves, témoigne fortement en faveur de l'hypothèse que la dissociation des processus mentaux est l'évènement primitif.

Quel serait le mécanisme pathogénique de cette vésanie? Tout d'abord on doit songer à ces innombrables voies d'association entre les éléments cellulaires des différents centres corticaux et entre l'un et l'autre de ces centres eux-mêmes. Sans prétendre, comme l'a fait dernièrement Wernicke, réduire toutes les maladies mentales à des processus pathologiques du système d'association, et se servir de ce critère hypothétique comme d'un diagnostic différentiel entre les « maladies mentales » et les « maladies organiques du cerveau », nul doute que, dans la vie psychique, la plus grande partie des processus de l'intelligence, des émotions et de la motilité volontaire n'appartiennent aux fonctions de l'association. On doit donc convenir que le processus psychique morbide résulte, le plus souvent, de troubles qui intéressent les voies nerveuses d'association. Si d'autre part on considère que, d'après l'état actuel de nos connaissances sur c mode d'association des éléments de l'écorce cérébrale, ceux-ci s'associent entre eux non par continuité anatomique, mais par

contiguïté, on comprendra que des processus morbides de la nature la plus variée soient capables de troubler, également de façons les plus diverses, ces délicats systèmes d'association, *par le changement des rapports normaux de contiguïté.* Si le symptôme de confusion est bien l'accident primitif et cardinal de l'affection, c'est précisément à des troubles du système d'association qu'on devra rattacher hypothétiquement le processus pathologique. « L'obstacle apporté à la fonction d'association de l'activité multiple des différents centres corticaux, que Meynert appelait « champs de projection », voilà la cause déterminante de la dissociation de tous les actes mentaux, de l'état d'incohérence et de confusion. »

Les formes *confusionnelles* de la névrose dont il s'agit, on doit leur donner le nom d'*ataxie psychique*, les *formes stupides* seraient dénommées *paralysie psychique*. Ces deux formes ne sont pas deux variétés d'une même entité morbide, ni deux branches d'un même tronc. En présence d'une grave incoordination des mouvements dans le tabes, personne ne sera tenté de confondre la pseudo-paralysie due à l'ataxie, avec une paralysie motrice véritable. Dans les formes où prédominent la *torpeur* et la *stupeur* cérébrales, au lieu de processus irritatifs (infections et intoxications) affectant les éléments nerveux, les neurones d'association, il existerait un processus dépressif des territoires corticaux, une suspension plus ou moins profonde de leurs fonctions. Actif dans le premier cas, le mécanisme serait passif dans le second. L'auteur propose donc la classification suivante des formes confusionnelles et stupides, formes, suivant lui, distinctes de la vésanie appelée, d'après Meynert, *amentia :*

I. Amentia stupida : *a*) forme simple ou torpeur cérébrale simple ; *b*) forme grave, stupeur primitive. II. Amentia confusionnelle : *a*) forme simple ou confusion mentale simple ; *b*) forme grave ou confusion mentale hallucinatoire.

XX. — *Des terminaisons nerveuses dans la dure-mère cérébrale de l'homme ;* par V. Acquisto et E. Pusateri (numéro de juillet). — Alexander découvrit, en 1875, avec la méthode au chlorure d'or, que la dure-mère du cerveau possède des nerfs propres qui se ramifient dans son épaisseur. Mais le défaut d'une réaction complète ne lui permit pas de voir comment ces nerfs se terminaient. Ardold avait constaté l'existence de nerfs vaso-moteurs dans cette même membrane, ce que confirma d'Abundo, après Alexander encore, au moyen de la coloration

de Weigert. Jacques, avec la coloration vitale au bleu de méthylène d'Ehrlich, aperçut, dans la dure-mère cérébrale de jeunes chiens, de libres terminaisons nerveuses. L'observation d'Acquisto et d'E. Pusateri a porté sur la dure-mère d'un fœtus humain de quatre mois ; sur les préparations traitées par la méthode au chlorure d'or ils ont constaté la présence : 1° de *nerfs vaso-moteurs*, dont les fibres amyéliniques accompagnent, sous forme de deux troncs nerveux, les vaisseaux de la dure-mère jusque dans leurs plus longues ramifications ; 2° de *nerfs propres*, formés de fibres à myéline, ramifiés dans toute l'épaisseur de la dure-mère, où ces fibres forment un plexus à larges et à petites mailles plus ou moins irrégulières. Ces fibrilles donnent naissance à des collatérales qui prennent part à la formation d'un réticulum nerveux constitué par les « anastomoses » des ramifications ultimes des fibrilles principales. Les préparations de méninge des petits mammifères, exécutées au bleu de méthylène, ont confirmé ces résultats. Enfin, les auteurs ont pu isoler d'autres fibres encore, distinctes des précédentes, dont personne n'avait encore fait mention.

Quelles sont les fonctions des nerfs propres de la dure-mère cérébrale ? Krause a rencontré dans cette méninge des corpuscules terminaux de sensibilité générale. On connaît, d'autre part, les douleurs intenses provoquées par les processus pathologiques de cette membrane. Ces symptômes s'expliquent facilement dès qu'on les considère comme des effets de la compression exercée par des exsudats ou par des tissus de néoformation sur les terminaisons nerveuses de nature sensitive de ces nerfs. On sait, en outre, par les expériences des physiologistes, que la dure-mère est très sensible aux stimuli dolorifiques. « Nous inclinons donc à considérer cette membrane comme une véritable surface sensible, et ses nerfs propres comme destinés à des fonctions essentiellement sensitives. » Un hypothèse : Est-il probable que les *variations de pression du liquide céphalo-rachidien* déterminent sur les *nerfs propres de la dure-mère des excitations* de nature à provoquer, *par voie réflexe*, *des phénomènes vaso-moteurs* qui, en modifiant les conditions de la circulation cérébrale, parviennent à régler la production de ce même liquide céphalo-rachidien ? Si cela était démontré, on en pourrait conclure que les nerfs de la dure-mère cérébrale sont destinés à une fonction physiologique d'une importance considérable.

XXI. — *Modifications du nucléole de la cellule nerveuse sous*

l'influence d'empoisonnement par la strychnine et le chloroforme; par G. Manaresi (numéro de juillet). — Des expériences récentes (Mann, Lugaro, Levi) ont démontré que le *nucléole* des cellules nerveuses augmente de volume durant l'activité fonctionnelle et diminue graduellement par l'effet de la fatigue. Pour savoir si, sous l'action des poisons, les mêmes changements volumétriques ont lieu, Manaresi a choisi deux substances de nature opposée. Une injection d'une solution de sulfate de strychnine déterminait, chez une grenouille, la mort par le tétanos; une autre était soumise à l'action lente et prolongée des vapeurs du chloroforme; après deux heures de narcose, une dernière dose amenait la mort. Les pièces, colorées au bleu de méthylène suivant la méthode de Nissl, provenaient d'un segment de moelle lombaire et de ganglions spinaux en rapport avec les racines du sciatique. A un très fort grossissement, l'auteur mesura le diamètre de 1,000 nucléoles de cellules des cornes antérieures et d'autant de nucléoles des cellules des ganglions spinaux. Les dimensions des nucléoles ainsi obtenues furent ordonnées en courbes et comparées. Il résulte des graphiques que, sous l'influence excitante ou paralysante des deux agents toxiques, le nucléole des cellules nerveuses subit les mêmes modifications antagonistes (augmentation et diminution du volume) qui avaient été notées comme étant l'expression respective de l'excitation et du repos de la cellule nerveuse. En d'autres termes, le nucléole de la cellule nerveuse strychnisée, que celle-ci appartienne aux cornes antérieures ou aux ganglions spinaux, traduit l'effet exercé sur elle par le poison par une augmentation de volume, tout de même que si la cellule avait été directement excitée par un courant faradique. La participation anatomique des cellules des ganglions spinaux au processus implique très vraisemblablement aussi une participation physiologique au mécanisme par lequel se produisent les symptômes caractéristiques de l'empoisonnement par la strychnine. L'hyperexcitabilité spinale, l'augmentation des réactions aux stimuli externes, observées même avec de petites doses de strychnine, ne sont donc pas dues exclusivement à l'hyperexcitabilité des *neurones moteurs :* elles sont, en partie au moins, déterminées par des phénomènes du même ordre, c'est-à-dire par l'hyperexcitabilité des *neurones sensitifs* périphériques, qui transmettent aux neurones moteurs des excitations exagérées.

Dans l'empoisonnement par le *chloroforme,* la *diminution de*

volume des nucléoles confirme la nature paralytique des symptômes de la sensibilité et de la motilité observé dans la narcose. En même temps se trouve vérifiée la loi, d'après laquelle l'état de *repos* de la cellule nerveuse s'accompagne d'une diminution de volume des nucléoles.

XXII. — *D'une forme surtout ataxique de mogigraphie, suivi de quelques considérations sur la pathogénie des spasmes fonctionnels;* par E. Belmondo (numéro d'août). — Touchant la pathogénie et l'étiologie, non seulement de la mogigraphie, ou difficulté à écrire, mais de toutes les névroses analogues, comprises sous les noms de névroses professionnelles, de névroses de coordination, de spasmes fonctionnels, on sait fort peu de chose. Daus quelques cas, tels que celui que rapporte ici Belmondo, il y a eu un traumatisme, quelque grave lésion de la partie même où plus tard s'est localisé le spasme.

« Les mécanismes fonctionnels qui président aux manifestations motrices externes très délicates, et spécialement au *langage* et à l'*écriture*, se forment lentement, par répétition d'images et d'associations sensori-motrices des plus compliquées, *jusqu'à ce qu'ils arrivent à constituer de véritables centres corticaux, ou cortico-spinaux qui, en un certain sens, exercent des fonctions automatiques*. Mais leur composition (la doctrine de l'aphasie l'enseigne bien) est des plus instables et des plus labiles qui se puissent imaginer. Un léger trouble dans la nutrition de ces centres détruit en un instant des trésors d'activités spécialisées, amassés durant l'éducation de l'individu. Le pouvoir de résistance de ces centres devient sans doute encore plus faible quand, à l'époque de leur formation, quelque accideut (traumatisme, lésion des os ou des articulations, shock) a apporté quelque obstacle à ce développement, en particulier durant la période anabolique de l'organisme. » Qu'uu shock, réceut ou ancien, puisse être en relation causale directe avec un spasme fonctionnel, voilà, selon Belmondo, qui jette quelque lumière sur la pathologie de ces syndromes morbides. Tel de ces cas pourra être regardé comme une *forme fruste de névrose traumatique*, laquelle exige, pour se manifester avec tout le cortège de symptômes qui accompagnent ses formes classiques, une cause d'une certaine gravité. C'est pourquoi il est difficile de douter que, dans les formes plus légères aussi, la maladie doive consister en *désordres trophiques permanents des centres nerveux*, désordres que des méthodes délicates d'investigation anatomo-pathologique pourront sans doute déceler. Cela dit contre les

théories qui voudraient trouver la cause du mal dans des altérations immédiates des muscles ou des nerfs, ou qui admettent pour les névroses professionnelles une origine réflexe, ainsi que pour certains spasmes hystériques, épileptoïdes, etc.

XXIII. — *Empoisonnement expérimental par l'acétate d'urane* (*dégénération systématisée de la moelle épinière*); par Raffaele Gurrieri (numéro d'août). — L'étude des dégénérations consécutives aux intoxications expérimentales a éclairé l'étiologie des dégénérations systématiques primaires de la moelle. On distingue aujourd'hui en clinique la dégénération primaire de la dégénération secondaire de ce centre nerveux. La dégénération est *secondaire* quand elle relève d'une cause anatomo-pathologique, d'une lésion en foyer interceptant la continuité d'un faisceau de fibres nerveuses avec ses cellules d'origine ou centres trophiques. La dégénération est au contraire *primaire* lorsqu'elle a une origine toxico-chimique (plomb, alcool, arsenic, phosphore, etc.), ou toxico-hématogène (diphtérie, pellagre, etc.), par suite de l'altération de la crase sanguine.

Les anatomo-pathologistes se sont employés, dans ces dernières années, à marquer les différences histologiques qui distinguent ces deux sortes de dégénérations. C'est surtout Vassale qui, par ses recherches sur les pellagreux, a été amené à établir que les deux processus dégénératifs, le secondaire et le primaire, diffèrent essentiellement. Dans la *dégénération secondaire*, un grave *processus destructif*, conduisant bientôt à la disparition des fibres nerveuses, se développe tant dans la gaine de myéline que dans le cylindraxe. Dans la *dégénération primaire*, il n'existe qu'une *atrophie lente* de ces fibres, d'abord de la gaine de myéline, puis du cylindraxe, et la fibre ainsi atrophiée persiste, sinon toujours, du moins très souvent.

Dans l'empoisonnement par les sels d'urane, qui agissent sur toute l'économie et déterminent la mort de l'animal par cachexie (il s'agit de l'acétate et du sulfate d'urane, mortels à la dose d'un milligramme par kilogramme d'animal, non du nitrate d'urane que West administre sans danger à l'homme, jusqu'à 1 gr. 50 par jour, dans le diabète sucré), Gurrieri a noté une dégénération *primaire*, c'est-à-dire un processus atrophique des faisceaux de fibres spinales particulièrement atteints par le poison. Comme cette intoxication n'entraîne pas la destruction des fibres nerveuses, ainsi que dans la dégénération *secondaire*, on conçoit, dit l'auteur, qu'il suffise (ainsi que dans

l'empoisonnement par le phosphore, l'antipyrine) de suspendre l'administration du poison pour que les fibres puissent retourner à leur état d'intégrité.

XXIV. — *La terminaison centrale du nerf optique chez les Téléostéens;* par Romeo Fusari (numéro d'août).

XXV. — *Nouveaux data et nouveaux problèmes de pathologie de la cellule nerveuse;* par E. Lugaro (numéro d'août).

XXVI. — *Pouls lent chez une aliénée, démontré être un phénomène de nature inhibitoire;* par E. Belmondo (numéro de septembre). — Dans les formes dépressives des maladies mentales, le pouls est souvent peu fréquent, quand il n'y a pas d'état anxieux. Il s'agit d'une malade dont la mélancolie a été précédée d'une période de lypémanie vraie, avec tentative de suicide, et qui présente le symptôme du *pouls rare permanent* (32 à 34 battements par minute). La pathogénie de ce symptôme a été interprétée de bien des sortes. On a même cru qu'il pouvait exister chez des individus parfaitement sains. *A priori*, cela était peu croyable; les nécropsies ont fini par dissiper cette illusion. Comme l'écrit Belmondo, « un état de santé apparente est compatible avec des altérations anatomiques profondes de l'appareil cardio-vasculaire ou du système nerveux ». Dans la plupart des cas de bradycardie venus à l'autopsie, le cœur et les artères ont été trouvés normaux, ou à peu près. Il est donc peu logique d'attribuer aux lésions du système vasculaire observées quelquefois dans le pouls rare, les symptômes de cet ordre relevés pendant la vie. Souvent, au contraire le pouls rare s'est manifesté après de graves traumatismes de la tête et de la région cervicale; à l'autopsie, il existait quelquefois, à proximité du bulbe, une lésion, même macroscopique, assez grave pour être reconnue comme la cause du phénomène. Il est donc permis de croire que, même lorsque l'on constate dans les cas de pouls rare des lésions du cœur ou des vaisseaux, celles-ci n'ont agi qu'indirectement sur la production du symptôme, et que la condition immédiate de celui-ci doit toujours, ou presque toujours, être attribuée à une lésion nerveuse, soit centrale, soit périphérique.

S'agit-il d'une *diminution de l'excitabilité* de l'*appareil accélérateur* des mouvements du cœur, ou d'une *excitation anormale* de l'*appareil modérateur?* Voilà la question. — L'anémie de la malade de Belmondo, l'inertie absolue des processus mentaux, etc., pouvaient faire croire à une diminution, par ralentissement de la nutrition des éléments nerveux, de

l'excitabilité générale du système nerveux, de l'écorce cérébrale, par exemple, et du sympathique, qui contient en très grande partie les fibres accélératrices du muscle cardiaque. D'autre part, en abolissant chez cette malade la fonction du nerf vague, on pouvait espérer de découvrir si la bradycardie n'avait pas plutôt sa principale cause dans une augmentation de l'action inhibitrice qu'exerce ce nerf sur les mouvements du cœur.

L'atropine paralysant, comme on sait, les extrémités nerveuses intracardiaques du pneumogastrique, Belmondo s'est servi de ce moyen pour remonter à la cause de la lenteur du pouls chez cette mélancolique.

Des expériences instituées sur le sujet il résulte que la paralysie des extrémités intracardiaques du vague, obtenue au moyen d'injections de doses minimes d'atropine, a fait augmenter notablement le nombre des contractions du myocarde, au point de déterminer une fréquence du pouls (62 = augmentation des 2/3) très voisine de la moyenne normale. Il y eut en outre réveil momentané de l'activité psychique ; la malade, qui avait jusque-là gardé le plus complet mutisme, parla pour la première fois.

Dans ce cas, et dans les cas analogues, le ralentissement du pouls est-il donc l'effet d'une suractivité pathologique du nerf vague? Avant de répondre affirmativement, on doit tenir compte des considérations physiologiques suivantes.

Chez les vertébrés inférieurs, et même chez quelques mammifères (lapin, etc.), l'action du vague sur les mouvements du cœur est discontinue ; il ne modifie son rythme que dans les cas où des stimuli, soit physiologiques, soit expérimentaux, l'excitent ou excitent son centre. Aussi, chez ces animaux, alors que l'irritation directe du vague (courant électrique) produit un ralentissement des systoles cardiaques, et détermine même l'arrêt du cœur en diastole, la section du nerf ou la paralysie de ses terminaisons (atropine) n'augmentent pas la fréquence des pulsations. Tout autre est le mécanisme de l'innervation modératrice des mouvements cardiaques chez d'autres mammifères, chez l'homme surtout. Le pneumogastrique n'est plus seulement ici un appareil rénateur, dont l'action s'exerce d'une manière intermittente sur le rythme cardiaque : chez l'homme, le vague exerce sur le cœur une action *tonique;* il contribue à maintenir la régularité des contractions. Voilà pourquoi si, d'une part, chez l'homme, l'excitation, même mécanique, du

nerf vague ou de ses centres peut ralentir le nombre des pulsations, d'autre part, la section ou la paralysie de ce même nerf abolit une *influence inhibitrice* qui s'exerçait sur les ganglions propres du cœur. L'innervation accélératrice prédomine alors et la fréquence du pouls dans l'unité de temps augmente d'une manière bien nette. Il est bien rare, toutefois, qu'on obtienne, chez l'homme, en abolissant l'activité du vague, une augmentation de pulsations aussi marquée que celle qu'a observée Belmondo dans ses expériences sous l'influence, dans les conditions normales, d'aussi petites doses d'atropine.

Il paraît donc peu probable à l'auteur qu'on doive attribuer uniquement à l'excitation corticale que produit l'atropine l'augmentation de cette fréqueuce du pouls notée chez la malade. Belmondo estime plus vraisemblable de rapporter au réveil momentané de l'activité psychique, qui a eu lieu surtout dans la première expérience, qu'à l'action excitante de l'alcaloïde sur l'écorce, la suspension transitoire des actions inhibitrices qui, dans les formes dépressives des psychoses, arrêtent les processus associatifs de l'organe des fonctions mentales. Ce cas, sauf erreur, est une démonstration de la réalité de ces phénomènes d'arrêt et d'inhibition dont on parle tant au sujet de plusieurs psychopathies, phénomènes ici provoqués au moyen des méthodes de la physiologie.

XXVII. — *Éphidrose unilatérale de la face;* par G.-B. Pellizzi (numéro de septembre). — L'hypersécrétion unilatérale de la sueur fut d'abord considérée comme l'effet direct d'une dilatation des vaisseaux sanguins liée à un état de paralysie des fibres vaso-motrices du sympathique ; cet afflux de sang aux glandes sudoripares y déterminait une suractivité fonctionnelle (Eulenburg). Les plus légères variations de la circulation capillaire produisent sans doute des modifications correspondantes dans l'activité des éléments anatomiques des glandes sudoripares (Vulpian et Reymond). Les expériences de Claude Bernard avaient d'ailleurs établi que la section du sympathique cervical détermine une sécrétion de sueur abondante, sécrétion qui cesse si l'on électrise le bout périphérique du nerf. Dans plusieurs cas d'éphidrose unilatérale, des altérations de nature atrophique ou dégénérative avec prolifération du tissu connectif ont été notées dans les cellules ganglionnaires du sympathique, toujours du côté correspondant à l'éphidrose (Morselli, Ebstein, Riehl, Reymond). Après une revue critique de la casuistique relative à la physio-

logie et à la pathologie de l'éphidrose, l'auteur tire de l'observation clinique qu'il publie une hypothèse, édifiée sur des faits, touchant le siège des centres d'où parteut les fibres sudorifères de la face, du crâne et de la moitié supérieure du cou : ces ceutres seraient échelonnés dans la partie inférieure de la moelle cervicale et dans la partie supérieure de la moelle dorsale, tout à fait à proximité du centre irido-dilatateur de Budge.

XXVIII. — *De l'origine du lemniscus.* Note de V. Marchi (numéro de septembre). — Dans un travail antérieur *Sull'origine e sul decurso dei peduncoli cerebellari* (1891), Marchi avait affirmé qu'après l'extirpation d'une moitié du cervelet, le ruban de Reil dégénère et que cette dégénération est plus évidente encore si, au lieu de la moitié du cervelet, on extirpe le lobe médian. Le ruban de Reil (comme le *fasciculus longitudinalis dorsalis*) dériverait donc du cervelet, et plus spécialement du lobe médian du cervelet, et passerait par la voie des pédoncules cérébelleux moyens. Ces observations n'ont pas été confirmées par Ferrier et Turner ni par Mingazzini. D'après ces auteurs, le lemniscus, a pour origine les noyaux des cordons postérieurs de la moelle épinière, c'est-à-dire du *fasciculus gracilis* et du *fasciculus cuneatus.* Dans les pièces anatomiques examinées par Marchi, pièces provenant des expériences du professeur Luciani (extirpation du lobe latéral et du lobe médian du cervelet), ces noyaux étaient intacts. On ne saurait donc révoquer plus longtemps en doute, selon Marchi, l'origine cérébelleuse du ruban de Reil médian. Ferrier et Turner nient résolument la plus légère dégénération de ce faisceau après l'extirpation d'un lobe du cervelet. L'extirpation alors aurait été incomplète, au dire de Marchi. « Comment peut-on encore admettre, demande ce célèbre histologiste, que le lemniscus ait son origine dans les noyaux des cordons grêles et cunéiformes, alors que dans les pièces que j'ai étudiées ces noyaux n'étaient point lésés ? » Le lemniscus serait d'ailleurs constitué à la fois de fibres afférentes et de fibres efférentes : le grand nombre de fibres saines que Marchi assure avoir toujours trouvées au milieu des fibres dégénérées du lemniscus le confirme dans cette hypothèse. Ces fibres non altérées auraient ailleurs leurs centres trophiques. L'auteur se propose, dans un prochain travail, d'éclaircir ces faits.

XXIX. — *Anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'urémie aiguë expérimentale;* par V. Acquisto et E. Pusa-

teri (numéro d'octobre). — Voici les conclusions de cette étude : 1° Dans l'urémie aiguë expérimentale, il existe des lésions anatomo-pathologiques des éléments nerveux de l'écorce cérébrale et de la substance grise de la moelle épinière. Ces lésions intéressent les prolongements protoplasmiques, le cytoplasma et le noyau des cellules nerveuses.

2° Les lésions observées représentent le substratum anatomo-pathologiquc des phénomènes urémiques (symptômes paralytiques et convulsifs) ; ces symptômes sont bien d'origine cérébrale et spinale.

XXX. — *Recherches sur la capacité proliférative de la cellule nerveuse;* par Giuseppe Levi (numéro d'octobre).

XXXI. — *Influence du tabac sur les maladies du système nerveux;* par Nicolo Buccelli (numéro d'octobre).

XXXII. — *Sur la myoclonie;* par E. Lugaro (numéro d'octobre).

XXXIV. — *Etude clinique et anatomique relative à un cas de diplégie spastique congénitale (maladie de Little);* par Giuseppe Mya et Giuseppe Levi (numéro de novembre).

XXXV. — *Sur les altérations des cellules nerveuses par mutilations partielles du prolongement nerveux;* par E. Lugaro (numéro de novembre).

XXXVI. — *Sur les altérations des cellules nerveuses des ganglions spinaux consécutivement à la section de la branche périphérique ou centrale de leur prolongement;* par E. Lugaro (numéro de décembre).

XXXVII. — *Hydrocéphale congénitale familiale, où l'influence de l'hérédité est manifeste;* par G. Mya (numéro dc décembre). — D'une mère devenue épileptique après son mariage et appartenant d'ailleurs à une famille dont tous les membres sont extravagants ou fous, et d'un père en bonne santé, mais dont un oncle paternel était épileptique, sont nés plusieurs enfants venus au monde dans des conditions de santé parfaite, mais dont le crâne, à partir du troisième mois, commençait à se déformer, à augmenter de volume, bref, à présenter tous les caractères de l'hydrocéphale interne. Les trois premiers ont succombé à ce mal à quatorze, huit et vingt et un mois. Le quatrième et dernier né des enfants, que Mya put examiner vivant, à l'âge de cinq mois, était un enfant de santé florissante qui ne présentait qu'un léger strabisme convergent, par parésie du droit externe de l'œil gauche, avec exagération des réflexes patellaires et abdominaux. Le développemcnt de l'intelligence

était normal. Depuis un mois, le crâne augmentait de volume. Toutes les sutures étaient largement ouvertes et, entre les deux os pariétaux, existait un espace de 2 à 3 centimètres. Hydrocéphale interne. Comme essai thérapeutique, G. Mya crut devoir recourir à la ponction lombaire. La rachidocentèse ayant été pratiquée entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire, 50 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien furent extraits en quelques minutes. Durant cette ponction il y eut une diminution évidente de la tension de la fontanelle antérieure et des espaces interosseux correspondant aux sutures. Le liquide extrait contenait quelques traces d'albumine, en quantité minime (au-dessous de 0.5 p. 1000); pas de microorganismes. Toutes les preuves cliniques existaient d'une hydrocéphale congénitale aux premières phases de son développement et due aux mêmes influences héréditaires qui avaient déterminé le même mal chez les frères de cet enfant. La pauvreté de nos connaissances scientifiques, touchant la pathogénie de cette forme d'hydrocéphale héréditaire, ainsi que l'absence de toute donnée anatomo-pathologique dans ce cas, n'ont pas permis à l'auteur d'insister sur l'interprétation des faits. Il estime pourtant que la lésion primitive n'intéressait pas, chez ces quatre enfants, le système nerveux : la cause de l'hydrocéphale résidait vraisemblablement dans une lésion congénitale des plexus choroïdes, qui a favorisé l'issue habituelle d'une quantité excessive de liquide céphalo-rachidien et a produit ainsi l'hydropisie des cavités cérébro-spinales.

JULES SOURY.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (*Salpêtrière* 1887-1894); par le Dr J. Séglas. Recueillies et publiées par le Dr Henry Meige, 1 vol. in-8°, Paris, Asselin et Houzeau, 1895.

Des nombreux ouvrages sur la médecine mentale parus dans le cours de ces dernières années, ce volume de *Leçons cliniques* est sans contredit un des plus remarquables, et par la clarté de l'exposition, et par l'originalité du fond. Il contient vingt-huit leçons qui ont été professées à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de notre vénéré maître, M. J. Falret, largement et libéralement ouvert à M. Séglas, alors seulement médecin suppléant de cet établissement, mais qui n'en a pas moins su tirer un parti excellent des riches éléments de travail mis à sa disposition.

On connaît la méthode de notre savant collègue : M. Séglas, qui est un clinicien très sagace, a une prédilection marquée pour l'analyse psychologique ; il dissèque avec une grande délicatesse de touche les symptômes morbides de la folie, puis en montre le mécanisme souvent très compliqué, en s'inspirant non seulement de ce qu'il a observé, mais des lumières que fournissent les recherches les plus récentes de la psychologie expérimentale. C'est le procédé employé avec tant de succès par Leuret en ses *Fragments psychologiques de la folie*, qui fait de ce livre une œuvre d'une lecture si attachante ; c'est aussi la méthode qu'affectionnait tant notre bien regretté ami Jules Cotard et qu'il appliqua avec un réel talent en une série de mémoires qu'il publia dans les dernières années de sa trop courte existence (1).

Obéissant naturellement à sa faculté maîtresse, M. Séglas a choisi pour sujets de ses leçons, principalement les questions de médecine mentale prêtant à ces délicates analyses où il excelle. Telles sont les hallucinations, l'obsession, le délire

(1) J. Cotard. *Etudes sur les maladies cérébrales et mentales*. Préface du Dr Jules Falret, 1 vol. in-8°. Paris, 1891.

d'auto-accusation, le délire des négations, les idées délirantes de défense, etc. Cette simple énumération en dit long d'ailleurs, si nous ajoutons qu'il n'est aucun de ces points sur lesquels M. Séglas n'ait déjà apporté d'importants éclaircissements dans des travaux antérieurs, dont quelques-uns ont été publiés dans les *Annales médico-psychologiques*.

Les deux premières leçons sont consacrées à l'étude des *hallucinations*. M. Séglas étudie surtout et avec un soin particulier les hallucinations psycho-motrices, autrefois décrites par Baillarger sous le nom d'hallucinations psychiques ; c'est là un de ces points sur lesquels les travaux du jeune maître ont apporté la lumière. Il profite de l'occasion pour nettement distinguer trois symptômes sensoriels de la folie, qu'on a une trop grande tendance à confondre : l'*hallucination*, l'*illusion* et l'*interprétation délirante*.

« Tandis que l'hallucination est, dit-il, une perception sans objet, l'illusion est la perception fausse, inexacte, d'un objet existant réellement. C'est ainsi, par exemple, qu'un malade atteint d'illusions, verra dans les plis d'un rideau la silhouette d'un fantôme, d'un assassin, etc.

« Dans l'interprétation délirante, la perception est exacte, mais le malade lui attribue un sens particulier en rapport avec ses préoccupations. Une mélancolique, par exemple, entend dans le voisinage le bruit du marteau d'un menuisier réparant une cloison. Elle se rend bien compte de la nature de ce bruit, mais l'interprète faussement, disant : « C'est l'échafaud qu'on apprête pour mon supplice. »

Les coexistences, associations et combinaisons hallucinatoires, qui sont traitées dans la deuxième leçon, sont loin cependant d'épuiser le sujet. M. Séglas y revient dans des leçons ultérieures en étudiant les *hallucinations dans la mélancolie*, en décrivant le délire de possession (les persécutés possédés) où les troubles sensoriels amènent un dédoublement de la personnalité.

Après l'hallucination, l'*obsession*. M. Séglas lui consacre trois leçons nourries de faits et d'idées, où les opinions multiples de ce symptôme psychopathique, exposées avec impartialité, sont discutées avec soin, et il n'en adopte complètement aucune. Mais il fait l'analyse clinique du phénomène avec une grande sagacité et fait ainsi ressortir deux points jusqu'à lui méconnus. En général — et c'était bien l'opinion de M. J. Falret, en son bref mais lumineux rapport présenté au Congrès inter-

national de médecine mentale de 1889 — on admettait que les obsessions ne présentaient jamais d'hallucination, qu'elles sont toutes accompagnées de la conscience de l'état de maladie. M. Séglas prouve, à l'aide de faits démonstratifs, d'une part, que « l'hallucination ne doit pas être exclue du cadre des obsessions »; de l'autre, que l'état de conscience n'est pas absolu, qu'il existe chez l'obsédé une désagrégation de celle-ci, qu'en un mot il est conscient d'un côté et inconscient de l'autre.

La question de la *confusion mentale*, récemment reprise en France par M. Ph. Chaslin, fait le sujet de quatre leçons, où sont étudiés successivement la confusion mentale primitive dans sa symptomatologie et ses variétés cliniques, les troubles de la mémoire et l'amnésie continue qu'on observe dans certaines de ses formes, et, enfin, les difficultés que peut présenter en certains cas le diagnostic de cette affection avec la paralysie générale.

Le domaine de la mélancolie, quoique depuis longtemps exploré dans tous les sens, promet encore des découvertes aux chercheurs patients et sagaces.

> ... Ce champ ne se peut tellement moissonner,
> Que les derniers venus n'y trouvent à glaner.

M. Séglas nous le prouve; onze de ses leçons, en effet, se rapportent à des questions relatives à ce vaste agglomérat d'états morbides que les médecins aliénistes de la première partie du siècle décrivaient sous ce terme général de mélancolie. C'est ainsi que sont étudiés successivement la mélancolie sans délire et celle avec délire, les hallucinations et le délire des négations dans la mélancolie, les persécutés auto-accusateurs, les persécutés possédés, etc., toutes formes qui ont été successivement séparées du vaste groupe des mélancoliques.

Le délire de persécution proprement dit doit aussi à M. Séglas d'importantes contributions. Outre les deux questions déjà citées — celle des persécutés auto-accusateurs et celle des persécutés possédés — il a apporté l'attention sur la forme tardive de ce délire, le délire systématique de persécution chez les vieillards, qui présente les mêmes symptômes se développant dans le même ordre que chez les adultes ; seule l'évolution est plus rapide. Dans une autre leçon, l'auteur s'attache à analyser les idées délirantes de défense qu'on observe surtout chez les persécutés systématiques. Les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* connaissent, sur ce sujet si curieux à tant

de titres, l'important travail publié par M. Séglas, en collaboration avec M. P. Besançon (*De l'antagonisme des idées délirantes chez les aliénés. L'attaque et la défense*, etc., numéro de janvier 1889), et qui a jeté comme un jour nouveau sur l'activité délirante des persécutés. M. Séglas, reprenant les idées développées dans ce mémoire, les a présentées sous une forme nouvelle en les analysant, les coordonnant avec soin.

Il nous est difficile de donner même un résumé sommaire de tous les sujets traités dans ce gros volume de plus de 800 pages. Ce que nous avons dit suffit, nous l'espérons, pour justifier notre jugement de début de l'article, que ces *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* sont un des meillenrs ouvrages de psychiatrie que nous ayons vu paraître dans ces derniers temps. Psychologues et médecins aliénistes le liront avec intérêt et profit; ils y trouveront, outre un grand nombre de faits finement observés, de nombreuses matières à méditation. N'est-ce pas le plus bel éloge à faire d'un livre de médecine mentale?

M. Séglas n'a pas oublié, dans sa préface, M. Henry Meige, son savant collaborateur, qui s'est chargé de rédiger la plupart de ses leçons et a revn les autres. Nous lui devons aussi une courte mention, car en des sujets aussi délicats et aussi difficiles, il a su reprodnire la pensée du maître avec une précision et une clarté vraiment dignes d'être remarquées. Ant. Ritti.

Genèse et Nature de l'Hystérie; par le Dr Paul Sollier, 2 vol. in-8°. Paris, Félix Alcan, 1897.

Le nouvel ouvrage de M. Sollier est consacré à deux choses counexes : d'une part, détruire la théorie de l'hystérie de M. Pierre Janet, et, de l'autre, bâtir une nouvelle théorie. Voici en quelques mots le résumé des idées propres à l'auteur.

La définition de l'hystérie, suprême aboutissant des recherches de M. Sollier, est la suivante : « L'hystérie est un trouble physique fonctionnel du cerveau, consistant dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres cérébraux, et se traduisant par conséquent suivant les centres atteints par des manifestations vasomotrices et trophiques, viscérales, sensorielles et sensitives, motrices et enfin psychiques, et suivant ses variations, son degré et sa durée par des crises transitoires, des stigmates permanents ou des accidents paroxystiques. Les hystériques

confirmés ne sont que des vigilambules dont l'état de sommeil est plus ou moins profond, plus ou moins étendu. »

Pour M. Sollier, « le fait capital, fondamental est que les hystériques anesthésiques totaux sont endormis, c'est-à-dire plongés dans un état de vigilambulisme dont il suffit de les réveiller par un moyen quelconque pour amener la disparition de tous les stigmates et de tous les accidents hystériques »; ce sommeil pathologique supprime le sommeil normal. Ce sommeil hystérique des centres cérébraux se traduit par une anesthésie périphérique, de sorte que sommeil hystérique et anesthésie « ne sont que deux expressions d'une seule et même chose. Aussi réveiller un hystérique ou lui rendre la sensibilité, produit le même résultat, à savoir le rétablissement des fonctions altérées ». Ce réveil peut s'obtenir d'une façon fort simple : il suffit, sans même avoir fermé les yeux au malade, sans même lui avoir dit de dormir, il suffit « de lui dire avec énergie et insistance de se réveiller, sans lui donner aucune explication », et alors on voit l'hystérique sursauter, détendre brusquement ses membres, subir des soubresauts dans tout le corps et enfin se trouver dans un état de personnalité changée, en recouvrant des fonctions qu'il avait perdues. Il faut donc en conclure que si le sujet se réveille ainsi sur le simple ordre de se réveiller, c'est qu'il dormait. Le même résultat est obtenu lorsque, au lieu de réveiller le malade, on lui dit de sentir ses membres, et alors, ajoute Sollier, « lorsque la sensibilité a reparu dans une assez grande étendue du corps, les phénomènes de réveil sont identiques à ceux qui se produisent dans le cas où j'ai donné l'ordre de se réveiller. Anesthésie et sommeil sont donc une seule et même chose ; de même que le réveil ramène la sensibilité, le rétablissement de la sensibilité amène le réveil ». Et il n'y a pas là la moindre suggestion ; et ce qui le prouve bien, c'est d'abord qu'une fois le réveil mis en train, il est impossible de l'enrayer et d'en changer le cours. Il se produit aussi un fait de la plus haute importance : à savoir la propagation du retour de la sensibilité à d'autres organes que ceux auxquels il a été ordonné au sujet de sentir, et enfin « il est un phénomène que la suggestion ne saurait expliquer et qui résulte de lois physiologiques bien déterminées, à savoir que le centre même des organes où reparaît la sensibilité est le siège de sensations spéciales d'hyperesthésie douloureuse qui constituent ce qu'on appelle les points nerveux. C'est ainsi par exemple que le retour de la sensibilité des membres

inférieurs s'accompagne de douleurs au niveau du renflement lombaire, que le retour de la sensibilité des membres supérieurs s'accompagne de douleurs au niveau du renflement dorsal, que le retour de la sensibilité des organes des sens s'accompagne de douleurs au niveau des centres correspondants du cerveau. Il en est d'ailleurs de même dans certains cas où la constatation peut en être faite d'une façon indépendante pour les centres cérébraux des membres ou des viscères ». En somme tout découle de cette sensibilité ; tous les accidents de l'hystérie, tous les stigmates sont dus à des troubles de la scusibilité. Le retour de la sensibilité dans un organe est accompagné de réactions : motrices, sensitives et vaso-motrices, et ce sont ces réactions qui constituent, lorsqu'elles sont brusques, les attaques hystériques grandes ou petites. Aussi ce n'est pas une idée qui peut jouer aucun rôle dans la production des accidents hystériques ; ou plutôt si, mais c'est toujours par l'intermédiaire d'un trouble émotionnel qui amène l'anesthésie plus ou moins généralisée, et l'idée ne fait plus que déterminer la localisation persistante des phénomènes organiques de l'émotion. Ainsi se trouve détruite la théorie qui d'un côté explique l'anesthésie et la paralysie par une distraction et qui de l'autre rattache des troubles accidentels à une idée fixe.

Les différentes manifestations hystériques des organes viscéraux que l'on passe ordinairement sous silence, sont dues aussi aux mêmes troubles de la sensibilité. On peut les faire disparaître par les mêmes moyens que celles des membres. La volonté coutrairement à ce que l'on croit, agit sur les fonctions viscérales et sur les sécrétions.

Les douleurs excitées par le rétablissement de la sensibilité au niveau des centres cérébraux permettent de localiser ceux-ci et entre autres des centres, inconnus jusqu'alors, de l'estomac, du cœur, de l'intestin, de la vessie, etc., dans la région pariétale supérieure. On peut ainsi délimiter par le même procédé les centres de la moelle épinière. Mais il y a d'autres conséquences encore au point de vue de la physiologie cérébrale : car ce rétablissement de la sensibilité s'étend au cerveau lui-même et parcourt plusieurs étapes, si bien qu'on peut diviser le cerveau en deux parties, une postérieure, en relation avec les organes, et une antérieure proprement intellectuelle. Le cerveau organique sert à constituer la personnalité corporelle spatiale, le cerveau intellectuel, la personnalité dans le temps.

PH. CHASLIN.

Les causes de la folie ; prophylaxie et assistance ; par le Dr E. Toulouse, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, 1 vol. in-8°. Société d'Editions scientifiques, 1896.

L'étiologie des psychoses, plus encore que celle des autres maladies, est pleine d'obscurités. Entre la cause apparente la plus rapprochée et la folie, une foule de circonstances nous échappent, de nombreux intermédiaires nous restent inconnus, et dans la série des actes biologiques qui retentissent les uns sur les autres nous avons peine à distinguer les vrais générateurs du délire. Malgré les proportions considérables de la question, M. Toulouse a tenté de l'étreindre dans une étude d'ensemble et disons tout de suite qu'il y a réussi.

Son travail se divise en trois livres. Le premier est consacré à l'étude de la prédisposition vésanique. Après un exposé de la loi de l'hérédité en biologie et des théories par lesquelles on a cherché à l'expliquer, l'auteur montre que ce qu'en pathologie on appelle hérédité en est à peu près l'opposé : l'hérédité réelle, c'est-à-dire la transmission de certains caractères morbides des ascendants aux descendants par la voie générative est exceptionnelle ; il n'y pas là hérédité morbide mais plutôt dissolution, interruption de l'hérédité normale. Il n'en reste pas moins que les descendants d'individus atteints de troubles mentaux ont souvent eux-mêmes des troubles de même nature. Si l'interprétation donne matière à discussion, le fait subsiste et mérite d'être étudié.

Après l'hérédité, l'auteur passe en revue les facteurs congénitaux et la prédisposition acquise, puis expose les théories de la dégénérescence. Tout en faisant de légitimes réserves, il montre que cette notion, introduite dans la pathologie mentale par Morel et développée par Magnan, a été pour cette science le point de départ de progrès incontestables.

Le livre deuxième est consacré à l'étude des causes directes : sociales, biologiques, physiologiques, morales, physiques et pathologiques. Ces dernières, comme il convient, sont l'objet de développements considérables, en rapport avec le rôle prépondérant que les intoxications et les infections tendent à prendre dans l'étiologie des psychoses. Peut-être aurions-nous souhaité quelques développements plus étendus sur l'influence des causes morales. Il ne faudrait pas, après leur avoir donné une importance peut-être exgérée, que la science psychiatrique

les reléguât au dernier plan et comme pour mémoire seulement. Rarement, à elle seule, une cause pathologique provoque le délire, il y faut le plus souvent, croyons-nous, l'appoint d'une cause morale qui tantôt n'est que la goutte d'eau faisant déborder le vase, tantôt constitue au contraire la condition essentielle, faute de quoi les autres causes ne pourraient agir.

Enfin, le troisième livre est consacré à une vue d'ensemble sur l'action respective des deux ordres d'agents psychopathiques précédemment étudiés, la prédisposition vésanique et les causes directes. La première est tellement générale que d'après l'auteur, elle peut presque être négligée et qu'elle n'a en psychiâtrie pas plus d'importance que dans la pathologie commune. Restent les causes directes qu'il faut chercher à rattacher de plus en plus étroitement aux phénomènes pathologiques qu'elles déterminent ; aussi la pathogénie semble-t-elle à M. Toulouse la meilleure base d'une bonne classification des affections mentales.

Ces vues ne seront sans doute pas acceptées entièrement par tous les lecteurs et, pour notre part, nous ne pouvons souscrire à cette exécution sommaire de la prédisposition héréditaire dont le rôle est vraiment moins banal que ne l'admet M. Toulouse. Mais ces réserves n'enlèvent rien au mérite de son livre qui non seulement fournit au lecteur un tableau complet des causes de la folie, mais encore, comme on le voit, remue des idées neuves et oblige à penser.

Dans le quatrième livre, l'auteur étudie la prophylaxie de la folie et les mesures d'assistance qu'elle comporte.

A. Cullerre.

Les Persécutés mélancoliques; par le Dr Gaston Lalanne, 1 vol. in-8°. Thèse de la Faculté de Bordeaux, 1897.

Historique. — *Première période :* Le délire de persécution et la mélancolie sont confondus sous le terme générique de lypémanie (Esquirol).

Deuxième période : La mélancolie est séparée de la lypémanie, monomanie triste d'Esquirol (Baillarger). Le délire de persécution est séparé de la mélancolie (Lasègue). Le délire de persécution et la mélancolie sont considérés comme différents, opposés même, sans aucun lien. Les cas intermédiaires sont perdus de vue.

Troisième période : Les cas intermédiaires s'imposent de

nouveau à l'attention à la suite des travaux de Maret (1868), Cotard (1882), Régis (1882), Meilhon (1886), Christian (1887), Séglas (1889) et Gilbert Ballet (1892).

La partie clinique de ce travail contient quinze observations, la plupart personnelles et classées en six groupes :

1. Délires de persécution et de mélancolie se succédant, mais ne se combinant pas ;

2. Etats mixtes chez des malades, d'abord persécutés et devenant ultérieurement persécutés mélancoliques ;

3. Etats mixtes chez des malades, d'abord mélancoliques et devenant ultérieurement persécutés mélancoliques ;

4. Délires mixtes d'emblée ;

5. Délires mixtes avec prédominence d'idées hypocondriaques ;

6. Délires mixtes chez les persécutés-persécuteurs.

Après avoir consacré la deuxième partie de son étude à l'étiologie et la symptomatologie de ces états mixtes, l'auteur, dans un savant chapitre, recherche quelle est la place de ces formes psychopathiques dans la nosographie mentale. Voici les conclusions de cette thèse :

Les persécutés mélancoliques sont caractérisés dans leurs traits généraux par des idées mélancoliques associées à des idées de persécution. Ce sont des héréditaires, souvent dégénérés. Ces malades manifestent un délire obsédant d'indignité, de culpabilité, d'auto-accusation, hypocondriaque, des hallucinations visuelles, auditives, sensorielles et psycho-motrices, le tout combiné à des idées de persécution systématisées, des idées de suicide passant facilement aux actes. L'hérédité et la prédisposition neuropsychopathique jouent un grand rôle comme facteurs étiologiques. La guérison se produit souvent, mais paraît dépendre de le nature du délire dominant. S'il y a prédominance du délire mélancolique, la guérison est plus probable que si les idées de persécution sont prépondérantes. Le pronostic sera également variable suivant l'âge du sujet ; la guérison, fréquente avant quarante ans, est exceptionnelle après quarante-cinq ans.

Enfin, les persécutés mélancoliques peuvent être placés parmi les prédisposés dégénérés, et leur forme psychopathique peut trouver sa situation exacte à côté des délires polymorphes des dégénérés et des délires à systématisation limitée.

E. Thibaud.

Rapport du directeur-médecin de Matteawan State Hospital pour l'année finissant le 30 *septembre* 1896 ; par le Dr H.-E. Allison. 1897.

L'hôpital de Matteawan pour les criminels aliénés de l'Etat de New-York a été ouvert il y a un peu plus de quatre ans, et déjà l'encombrement s'y fait fâcheusement sentir, sa population ayant plus que doublé depuis cette époque. Tout d'abord, on renvoyait dans les établissements d'aliénés de leurs comtés respectifs ceux qui, leur peine finie, continuaient à être atteints de troubles mentaux ; mais cette pratique ne tarda pas à être reconnue comme mauvaise, le plus grand nombre de ces individus appartenant à la classe des criminels d'habitude et leur contact offrant de notables inconvénients pour les aliénés ordinaires. Aussi a-t-elle été abandonnée, d'où l'encombrement rapide de l'établissement.

Au 1er octobre 1895, la population était de 514 (477 h. et 37 f.); il y a eu dans l'année 127 admissions et seulement 82 extinctions, d'où une population, au 30 septembre 1896 de 559, en augmentation de 45 sur le chiffre primitif.

La proportion des aliénés fournis par chacune des trois prisons de l'Etat a été de 7 p. 100 en dimiuution sur les années précédentes.

Au nombre des admis figurent quatre étrangers : un Ecossais, une Italienne, un Roumain et un Français, ces trois derniers ne sachant pas un mot d'anglais et débarqués depuis peu.

Voici, au point de vue de leur situation légale, la classification des aliénés de Matteawan :

	Hommes.	Femmes.	Total.
Placés directement par les tribunaux.	194	24	218
Condamnés en cours de peine. . . .	182	8	190
Condamnés libérés mais maintenus pour cause d'aliénation.	145	6	151
	521	38	559

Dans le cours de l'année, en vertu d'une loi de la législature, le système anthropométrique de M. Alphonse Bertillon a été rendu obligatoire dans l'établissement.

L'entretien annuel de chaque patient s'est élevé à 192 dollars (environ 960 francs).

Le rapport nous fait connaître que, pour désencombrer Matteawan, les autorités de l'Etat étudient l'érection d'un second

établissement à Dannemora. Ce second asile permettra en outre de séparer les simples prévenus renvoyés pour cause de folie des condamnés devenus aliénés au cours de leur peine.

A. Cullerre.

Soixante-dixième rapport annuel de l'Asile royal de James Murray, Perth, 1897.

James Murray's royal Asylum est une fondation privée due à la générosité d'un philanthrope écossais. Elle est dirigée par le Dr Urquhart, médecin en chef, et administrée par un Comité de directeurs qui n'ont aucun intérêt matériel dans la gestion de l'établissement. Ce qui caractérise l'Asile de Murray, c'est qu'il ne reçoit que des pensionnaires. Suivant les intentions du fondateur, certaines remises sont faites sur le tarif aux personnes peu fortunées qui sont pourtant qualifiées pour y être admises. Le prix minimum de la pension est de 1,500 francs par an.

Au 31 mars 1897, la population se composait de 119 aliénés (65 hommes et 54 femmes). Il y avait eu, dans l'année, 45 entrées; sur ce nombre, 6 personnes ont été admises sur leur propre demande; 24 seulement présentaient des chances de guérison.

L'open-door paraît pratiqué à Murray's Asylum; mais on ne nous dit pas dans quelle mesure. Le rapport signale trois évasions, deux de malades *qui ont manqué à leur parole* et la troisième occasionnée par la maladresse d'un parent. « Bien que de de telles éventualités soient à regretter, y lisons-nous, elles sont infiniment préférables à des mesures fâcheuses de restriction. Dans nos efforts pour encourager les patients à une conduite régulière, il faut laisser le champ libre à leur initiative. »

L'Asile de Murray's a un journal, *Excelsior*, Magazine trimestriel, dont chaque numéro se compose d'une chronique et de fragments de littérature humoristique, sentimentale et — disons symboliste. On ne saurait exiger plus — ni mieux — étant donnés les circonstances et le milieu.

A. Cullerre.

Psychological Medicine (1837-1897) ; par les Drs sir James Crichton-Browne et A. U. Urquhart (The Practitioner, juin 1897).

Notice jubilaire récapitulant les progrès accomplis par la psychiatrie depuis le commencement du règne de Victoria : lois votées, réformes des établissements d'aliénés, sous l'impulsion de Gardiner Hill et de Conolly, inauguration des recherches scientifiques dans les asiles, fondation d'écoles pour les faibles d'esprit, amélioration progressive des lois et règlements, progrès de la science ; le tout à un point de vue exclusivement britannique.

A. Cullerre.

Second rapport annuel du bureau des administrateurs du second hôpital pour aliénés de l'État de Maryland. Baltimore, 1897.

Cet établissement, en voie d'érection, ne contient encore qu'un cinquantaine d'aliénés logés dans des bâtiments provisoires.

Un premier groupe de constructions comprenant les services généraux et trois pavillons pour malades est terminé.

Ces pavillons sont à plusieurs étages, ce qui, en principe, est défectueux. Toutefois, la distribution et l'installation en paraît satisfaisante. A chaque dortoir sont annexés cabinets, salle de bains, lavabos, vestiaire, etc. Partout la lumière électrique et l'eau. Toutes les parties de l'établissement sont reliées par le téléphone.

A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Jahresbericht der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der niederösterreichischen Landes-Irrenzweiganstalt in Langenlois, sowie der sonstigen Anstalten zur Unterbringung geistesgestörter niederösterreichischer Landespfleglinge pro 1896-1897. Ausgegebenvom niederösterreichischen Landesausschusse (Rapport annuel des asiles d'aliénés provinciaux de la Basse-Autriche, de Vienne, Ybbs, Klosterneubourg et Kierling-Gugging, de l'asile d'aliénés provincial annexe de Langenlois,

ainsi que des autres établissements pour le traitement des aliénés de la Basse-Autriche, pour 1896-1897, publié par la Diète de la Basse-Autriche). 182 pages in-4°. Vienne, 1897.

— Lésions des cellules nerveuses au cours de diverses intoxications et auto-intoxications ; par Nageotte et Ettlinger. 37 p. in-8°. Extrait de la *Presse Médicale*, mars 1898.

— Petit manuel de photographie spirite sans « fluide » ; par Adrien Guébhard. 8 pages in-8°. Extrait du journal *La Photographie pour tous*, 1897-1898.

— Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende (Manuel des maladies nerveuses pour les médecins et les étudiants) ; par le prof. H. Oppenheim, 2e édit. augmentée. 1 vol. in-8° de 985 pages avec 287 gravures. Berlin, S. Karger, 1898.

— Un cas de spasme pharyngo-laryngé avec paresthésie simulant le vomissement ; par les Drs E. Noguès et J. Sirol. 15 pages in-8°. Extrait des *Archives médicales*, Toulouse, 1898.

— Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme. Etude pathogénique ; par Mme Margoliès, née Kamenetsky Rébecca. 70 pages in-8°. Thèse de Paris, 1898.

— Transformation héréditaire des maladies diathésiques ; par le Dr Crocq fils, de Bruxelles, 44 pages in-8°. Extrait de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, septembre 1894.

— Théories naturalistes du monde, de la vie et de l'intelligence dans l'hylozoïsme antique ; par Jules Soury. 16 pages in-8°. Extrait de la *Revue de l'instruction publique en Belgique*, Bruxelles, s. d.

— Comme quoi la loi sur l'interdiction des représentations publiques d'hypnotisme devrait être modifiée ; par le Dr Crocq fils. 10 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*, 1896.

— La médecine et le pessimisme contemporain. Conférence faite sous le patronage de la Société de l'Université de Bordeaux, le 26 avril 1898 ; par le Dr E. Régis. 28 pages in-8°. Bordeaux, 1898.

— La femme normale et la femme criminelle ; par le Dr Crocq fils. 11 pages in-8°. Extrait du *Journal de neurologie et d'hypnologie*, 1896.

— Les troubles psychiques post-opératoires ; par le Dr A.-G. Rayneau, médecin en chef de l'asile d'Orléans. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes d'Angers. 92 pages in-8°, Angers, 1898.

— Discours prononcé à la séance d'ouverture du Congrès

international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie de Bruxelles; par le Dr Crocq fils. 8 pages, in-8°. Bruxelles, 1897.

— Ueber das Pathologische bei Gœthe (Du pathologique dans Gœthe); par P. J. Mœbius, 208 pages, in-12. Leipzig, J.-A. Barth, 1898.

— De la suggestion pendant le sommeil naturel dans le traitement des maladies mentales; par le Dr Paul Farez. 46 pages, in-8°, Paris, A. Maloine, 1898.

— Des diverses variétés d'aphasie. Un cas de cécité verbale avec agraphie et aphasie motrice suscorticales; par le Dr Crocq fils. 32 pages, in-8°. Extrait du *Journal de Neurologie et d'hypnologie*. Bruxelles, s. d.

— The mental affections of Children, idiocy, imbecillity and insanity (Les maladies mentales des enfants, idiotie, imbécillité et folie); par le Dr William W. Ireland. 1 vol., in-8°, cart. à l'anglaise, de 442 pages avec planches. Londres. J. et A. Churchill, 1898.

— L'année psychologique, publiée par Alfred Binet, avec la collaboration de H. Beaunis, Th. Ribot, etc. Quatrième année. 1 vol. in-8° de 849 pages. Paris, Schleicher frères, édit., 1898.

— Congrès international de neurologie, de psychiatrie, d'électricité médicale et d'hypnologie, tenu à Bruxelles du 14 au 21 septembre 1897. 3 fascicules in-8°, 228-226-79. Paris, Félix Alcan, 1898.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1897; par Bourneville, avec la collaboration de Dardel, Jacomet, Mettetal, Noir (J.), Philippe, Rellay, Schwartz, Tissier et Wuillamier. Tome XVIII, 228 pages, in-8°, avec 18 fig. dans le texte et 20 planches. Paris. Aux bureaux du *Progrès médical*, 1898.

— La vie et la mort. Synthèse des principales découvertes modernes; par A.-E. Lair. 1 vol. in-12 de 246 pages. Paris, Librairie B. Tignol, 1898.

— Les délires transitoires au point de vue médico-légal. Rapport présenté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes d'Angers, par le Dr Ch. Vallon, 51 pages in-8°. Angers, 1898.

— Du zona et en particulier du zona facial dans la paralysie générale; par le Dr Georges Dupau, 42 pages in-8°. Thèse de Paris, 1898.

— Les paralysies générales progressives; par le Dr Klippel, médecin des hôpitaux. 31 pages in-8°. Extrait des *Archives générales de médecine*, juin 1898.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés divers d'août à octobre 1898 : M. le Dr Dufour, directeur-médecin de l'asile de Saint-Robert (Isère), est admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

M. Gex, chef de direction à la Préfecture de l'Isère, est nommé directeur de l'asile de Saint-Robert ;

M. le Dr Ramadier, directeur-médecin de l'asile de Rodez (Aveyron), est promu à la 1re classe de son grade (7,000 fr.) ;

MM. les Drs Berbez, médecin-adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens (Somme) et Charuel, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, sont élevés à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.) ;

M. le Dr Santenoise, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est promu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

LE SPECTACLE ET LA MUSIQUE CHEZ LES ALIÉNÉS

La question des représentations théâtrales dans les asiles d'aliénés a été, dans ces derniers temps, l'objet d'une polémique dans certains recueils de médecine mentale et, même, dans quelques journaux politiques. Les avis sur ce point sont très partagés. Nous croyons, pour notre part, que le spectacle et la musique sont pour nos malades d'excellentes distractions, très appréciées par eux, que, en conséquence, ils font partie du traitement moral de la folie, dont aucun médecin ne se désintéresse.

C'est pour ces motifs que nous croyons devoir reproduire les deux articles suivants, quoiqu'ils aient déjà plus d'un an de date ; ils ont été publiés dans le *Petit Musicien* (numéros du vendredi 1er octobre et du lundi 15 novembre 1897) et ont pour auteur M. Paul Paillotte. Sous ce pseudonyme, se cache un musicien distingué, très au courant aussi des choses de la médecine mentale.

Voici le premier article :

« Dans le *Petit Journal* du 16 septembre, M. Thomas Grimm, dans un article sur le Spectacle et la Musique, semble préférer pour les aliénés le travail manuel à l'occupation littéraire et musicale. Certainement on reconnaît depuis longtemps comme indispensable aux aliénés cette distraction considérée même

comme moyen de traitement. Si la *Revue de Psychiatrie*, que cite souvent M. Thomas Grimm, rappelle que le théâtre et la musique chez les aliénés n'est que du vieux neuf, elle pourrait dire que le travail manuel chez les aliénés l'est aussi. La très curieuse théorie des sept libertés (nouveauté de la *Revue de Psychiatrie*) est comme beaucoup d'autres une belle trouvaille, mais est-elle bien praticable? L'expérience le dira. Quaud il est si difficile à des aliénés guéris de trouver à se placer en sortant de l'asile, parce que la société a encore peur de celui qui a été ce qu'elle nomme un fou; quand souvent ces mêmes aliénés guéris sortent de ce même asile malgré l'opposition de leurs familles qui ne veulent pas les reprendre, il est bien difficile de faire travailler autre part que dans une maisou spéciale ceux qui sont encore malades. En attendant les futures merveilles de la théorie des sept libertés, en attendant que l'aliéné (blessé dans la grande bataille de la vie) n'ait plus besoin d'être isolé de la société dont il est souvent victime, il faut se préoccuper de son sort à l'intérieur de l'asile.

Quand, écarté déjà de son délire par le travail manuel, l'aliéné est capable d'un travail intellectuel, le théâtre et la musique sont tout indiqués, et si, une fois par hasard, il arrive dans une représentation théâtrale un accident regrettable, ce n'est pas une raison pour les supprimer. Non seulement ils sont une distraction pour l'aliéné, mais aussi, comme le travail manuel, un moyen de traitement. Mais, tout remède mal employé est pire que le mal; il faut, pour essayer le spectacle et la musique chez les aliénés, une grande prudence. Ce n'est pas à un marquis de Sade qu'on devra confier la direction des représentations musicales et théâtrales, mais à quelqu'un de sérieux et capable, sous la surveillance du médecin de l'asile.

Affubler, comme le dit Esquirol, un aliéné d'un costume excentrique et lui faire faire des grimaces, cette manière d'exhiber la folie est grotesque et honteuse. Donner un semblable spectacle, c'est ne pas respecter le malheur des aliénés et l'on ne saurait trop blâmer ceux qui en sont les organisateurs. Faire jouer sérieusement à des aliénés qui en sont capables une intéressante comédie choisie pour ne pas nuire tant aux spectateurs qu'aux acteurs, c'est, au contraire, une manière intelligente de les occuper intellectuellement et souvent d'activer la guérison.

Dans certains établissements d'aliénés où l'on obtient d'excellents résultats avec les représentations théâtrales, on prend parmi les malades tranquilles ceux qui sont capables d'une attention suffisante pour apprendre et tenir un rôle. Quelquefois, quand ils ont habité la ville, ils ont déjà joué la comédie en société et il est relativement facile de les exercer;

mais, souvent, ils sont de la campagne, et ne soupçonnent pas ce que c'est qu'une pièce de théâtre. Il faut leur faire toute une éducation. Les premières fois ils sont gauches ; mais après plusieurs représentations, ils acquièrent une certaine habitude et sans être des artistes dramatiques, jouent convenablement. Ils éprouvent beaucoup de plaisir à venir aux répétitions, et, quand arrive le jour de l'exécution, ils le voient venir avec regret, parce qu'il va terminer des répétitions qui leur sont une très grande distraction. On les console en leur distribuant de nouveaux rôles, et ils donnent ainsi en moyenne à leurs compagnons uniquement spectateurs, une représentation par mois.

Donner le théâtre comme un remède efficace pour la guérison de la folie serait évidemment une exagération ; cependant on peut voir que souvent il active la guérison.

On est toujours occupé à renouveler les acteurs des représentations théâtrales ; la plupart sortent guéris ou améliorés. Nous ne pouvons, malheureusement, citer aucun nom ; mais il existe des aliénés guéris qui n'ont jamais eu de rechute. En sortant, ils remercient de les avoir si bien occupés et prétendent que les représentations théâtrales, tout en leur rendant moins dur l'internement dans l'asile, les ont empêchés peu à peu de penser à leur idée délirante qu'ils ont fini par abandonner.

La musique est également un bon exercice pour les aliénés. Esquirol lui-même convient qu'elle n'est pas inutile :

« Je ne conclurai pas de cet insuccès, dit-il, qu'il soit « inutile de faire de la musique aux aliénés ou de les exciter à « en faire eux-mêmes. Si la musique ne guérit pas, elle dis- « trait, et, par conséquent, elle soulage ; elle apporte quelque « allégement à la douleur physique et morale ; *elle est évidem- « ment utile aux convalescents.* »

Mais ce que ne considère pas Esquirol, il est beaucoup plus difficile de faire exécuter de la musique à des aliénés que de leur faire jouer une pièce de théâtre. Comme nous le dit Berlioz : « La musique exige de la part de celui qui la cultive, « une inspiration naturelle et des connaissances qui ne s'ac- « quièrent que par de longues études et de profondes médita- « tions. » Quand l'aliéné n'est pas musicien, il est difficile de lui enseigner le solfège et un instrument. Autant l'étude d'un rôle l'intéresse, autant l'étude du solfège l'ennuie et autant on l'amène facilement à jouer la comédie, autant il faut de patience, de persévérance et d'adresse pour lui faire aimer l'étude de la musique. Ce qu'on obtient le plus facilement, c'est de le faire chanter dans des chœurs ; mais on est arrivé cependant dans des asiles à former des petites fanfares. Nous avons même vu la fanfare d'un asile d'aliénés au nord de Paris prendre part avec succès à un concours de musique.

On peut tout critiquer. Même en faisant l'éloge du travail manuel qu'il reconnaît comme un des « meilleurs adjuvants du traitement des malheureux aliénés », M. Thomas Grimm semble prêt à en dire du mal. Il faut toujours se défier des opinions mal fondées et voir par soi-même.

C'est, selon nous, ce que n'a pas fait notre excellent confrère du *Petit Journal*, qui, se bornant à reproduire, sans voir si elles sont justes, les idées d'autrui, conclut en leur sens et ne considère pas si elles sont exagérées. Ce n'est pas au critique musical à juger la valeur médicale reconnue d'Esquirol ; mais il peut déclarer que, s'il n'y a aucun parti pris dans les affirmations de cet illustre auteur, il était ignorant en esthétique, bien que savant médecin. Les représentations dont il parle sont de pures mascarades, qu'on ne peut nullement considérer comme sérieuses et pouvant avoir la moindre influence artistique. Si les premiers essais ont été maladroits, la décision ministérielle de 1811 l'était encore davantage.

Aujonrd'hui, bien que la *Revue de Psychiatrie* soit de l'avis contraire, les représentations théâtrales sont plutôt en faveur et pratiquées dans beaucoup d'asiles.

L'année dernière, dans un asile de l'Ouest, un inspecteur, arrivant à l'improviste, fut, à la fin de son inspection, prié de venir à la salle de théâtre. En deux heures un concert avait été organisé avec les seuls éléments de l'asile, et loin de blâmer ce concert, l'envoyé du ministre adressa les plus chaudes félicitations, exprimant le désir de voir encore plus nombreux les musiciens et les acteurs pris parmi les malades en traitement. C'était reconnaître l'utilité du *Spectacle et de la Musique* chez les aliénés, utilité que malgré lui Esquirol est forcé de constater quand il dit que si la musique ne guérit pas, elle soulage. Or, avant de guérir, il faut d'abord soulager. »

Dans l'article suivant, M. Paul Paillotte revient sur la question ; mais, au lieu de simples affirmations, il apporte cette fois quelques faits intéressants, de véritables « pièces à conviction », selon son expression, qui font pencher la balance en faveur de la thèse qu'il soutient :

« Dans le *Petit Musicien* du 1er octobre, nous nous étions bornés à montrer l'utilité des représentations théâtrales attaquées par le *Petit Journal*, au nom de la *Revue de Psychiatrie*. Avant d'apprécier les merveilles promises par la revue de M. le Dr Toulouse, nous nous réservions d'attendre ce que la belle théorie des sept libertés devait produire. Ce résultat n'a pas tardé, et malgré la belle affirmation du Dr Toulouse qui se charge « de faire circuler dans les rues de Paris les aliénés *les « plus dangereux* sans qu'ils commettent *aucun délit* » ; malgré son bel axiome que « la liberté des aliénés est en rapport direct

avec la surveillance que l'on peut exercer autour d'eux », quelques journaux quotidiens nous ont rendu compte du prodigieux résultat du système des libertés : les aliénés qui ne devaient commettre *aucun délit* en circulant dans Paris ont été envoyés au dépôt le soir même de leur sortie.

C'est, dira M. le Dr Toulouse, un simple accident comme le meurtre commis dans un dortoir de l'asile de Villejuif et pour une malchance, il ne peut pas arrêter les expériences du système des libertés. Très bien ; mais alors pourquoi, pour la même raison d'une malchance passagère, condamner les représentations théâtrales ? Faites à l'intérieur de l'asile, ces expériences ne troublent pas au moins la sécurité publique : c'est déjà un avantage qu'elles ont sur celles de M. Toulouse.

Voulant prouver ce que nous avions avancé dans le *Petit Musicien* du 1er octobre, nous nous sommes renseignés auprès d'un chef de musique d'asile qui a bien voulu nous fournir quelques renseignements à ce sujet.

Parmi les aliénés, hommes et femmes, dont la folie, intermittente ou douce, permettait l'emploi pour la musique instrumentale ou le chant, un grand nombre ont vu leur état s'améliorer ; d'autres sont sortis de l'asile complètement guéris ; d'autres enfin sont restés stationnaires.

Sur 32 malades de la fanfare ou des chœurs, 10 sont sortis guéris ou améliorés, et sur 24 employés aux comédies, on compte 14 sorties.

Maintenant, au lecteur de conclure. Il voit, d'un côté, les résultats obtenus par le spectacle et la musique chez les aliénés, et de l'autre les troubles occasionnés par les essais des médecins psychiatres. La liste des victimes des insensés non internés dans des asiles est déjà longue ; elle augmentera encore le jour où les aliénés sortiront librement de leurs établissements spéciaux. La liberté de l'aliéné est une atteinte grave à la liberté de la société et pour cette raison elle est impraticable. Qu'on adoucisse l'internement par tous les moyens possibles, rien de plus louable ; c'est même un devoir et voilà pourquoi l'introduction dans les asiles, des arts qui adoucissent le sort des malheureux aliénés internés, est et doit être encouragée. »

On ne saurait mieux dire ; mais à ces documents d'un incontestable intérêt, nous sommes heureux de pouvoir ajouter ceux que nous a fournis notre excellent confrère, M. le Dr Pétrucci, directeur-médecin en chef de l'asile de Saint-Gemmes-sur-Loire. Aucun de nos collègues qui ont assité au Congrès d'Angers n'oubliera la soirée théâtrale qui nous a été donnée dans cet asile. Notre collaborateur, M. Giraud, en a rendu compte dans le dernier numéro des *Annales ;* mais, sur quoi il ne pouvait naturellement insister, c'étaient les réflexions

que suscitait au médecin aliéniste la représentation d'une comédie de Labiche, par des malades exclusivement. Tout le succès — hâtons-nous de le dire — en revient à Mme Pétrucci, qui, avec une patience à toute épreuve, a appris son rôle à chaque malade et s'est occupée de la mise en scène; mais, en même temps, elle nous a appris — et nous l'en remercions profondément — qu'on peut avec de la patience, beaucoup de patience sans doute, apprendre un rôle assez long à un imbécile qui ne sait ni lire ni écrire et le lui faire jouer avec le plus grand naturel; qu'on peut, aussi, distraire pendant plusieurs heures un délirant chronique de ses hallucinations obsédantes et en faire un acteur parfait, exclusivement occupé de ses jeux de scène; enfin, qu'on arrive à adoucir la convalescence de maniaques et de mélancoliques en les intéressant à une œuvre collective où l'intelligence, la mémoire, la vanité même sont mises en jeu et qui leur fait attendre patiemment l'heure de la liberté.

Et lorsqu'on se tournait vers les aliénés spectateurs, on pouvait voir avec quel intérêt, quelle curiosité ils suivaient leurs camarades d'infortune, applaudissant aux saillies des personnages qu'ils représentaient, fiers de leurs succès. Cette passion qu'ont les aliénés pour les représentations théâtrales, nous l'avons maintes fois observée chez nos pensionnaires de Charenton; ils ne manquent pas de réclamer lorsqu'elles se font trop attendre; ils y trouvent non seulement une source de distractions, de divertissement, mais elles les font en quelque sorte sortir d'eux-mêmes, de leurs préoccupations délirantes habituelles. Et n'est-ce donc rien d'obtenir chez de tels malades un pareil résultat?

Mais je reviens à l'analyse des documents qui m'ont été fournis par notre excellent collègue de Sainte-Gemmes. Ils consistent en trois tableaux que nous analyserons brièvement.

Le premier concerne les hommes employés à la fanfare et au chant. On connaît les excellents résultats obtenus à ce point de vue par M. Bourneville, dans son service d'arriérés, d'idiots, etc. Rien d'étonnant à ce que ces résultats soient les mêmes dans un service d'aliénés. Sur 17 malades employés à des exercices de chant et de fanfare, 5 sont sortis de l'asile ou guéris ou améliorés; ils y avaient fait un séjour de un à trois ans et même au-dessous; quant aux autres, ce sont des anciens malades qui figurent sur les contrôles de l'établissement depuis sept ans et plus. La plupart de ces aliénés sont des vésaniques; il y a parmi eux 3 épileptiques.

Quant aux malades femmes qui ont été employées, soit au chant, soit aux représentations théâtrales, elle sont au nombre de 28 (chant, 15; comédie, 13). De ces malades, 11 sont sorties guéries ou améliorées, après une durée de séjour variant entre

sept mois et huit aus. Les formes de folie qu'elles présentaient étaient ou la manie ou la lypémanie ; quelques-unes étaient atteintes de folie hystérique. Quant aux 17 autres malades, ce sont ou des chroniques ou des malades entrées récemment.

Ces résultats sont très satisfaisants, en même temps que très encourageants. Sans doute, il est difficile, impossible même, d'évaluer exactement l'influence curative de la musique, du chant et de la comédie dans tels ou tels cas de folie, comparée à celle des autres moyens thérapeutiques ; mais elle semble réelle. Usons donc dans la mesure du possible de ces trois moyens de traitement ; notre arsenal thérapeutique n'est déjà pas trop riche pour que nous les repoussions de parti pris à cause des difficultés d'exécution qu'ils peuvent présenter ou de la mauvaise application qui en a été faite. — A. R.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ (*suite*).

71. *Incendie.* — On lit dans le *Figaro* (numéro du dimanche 4 septembre 1898) :

« Un incendie a éclaté, vers deux heures de l'après-midi, chez M. Rabi, sellier, demeurant 13, rue Marie-et-Louise.

« Il a été rapidement éteint par les pompiers de la rue de Château-Landon.

« Le mobilier a été complètement détruit.

« Le feu a été mis par M. Rabi, dans un accès d'aliénation mentale. Le dément a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

72. *Homicide et suicide.* — On télégraphie de Privas au *Temps* (numéro du jeudi 8 septembre 1898) :

Une femme nommée Martin, habitant Saint-Just-l'Ardèche, prise de folie subite, a jeté ses deux enfants, âgées de quatre à six ans, du haut du pont dans la rivière, puis s'y est jetée à son tour.

Les cadavres ont été retrouvés vingt-quatre heures après.

73. *Victime de l'affaire Dreyfus.* — Un homme de quarante ans environ, grand, maigre, la figure osseuse encadrée d'une longue barbe noire inculte, les cheveux en désordre, l'air égaré, était monté ce matin sur la balustrade de la passerelle du boulevard Bourdon, d'où il haranguait les passants, en criant : « Il faut que la vérité triomphe! A bas les traîtres! Vive la justice et la lumière! »

Au moment où les gardiens de la paix s'approchaient de lui pour le faire taire, il cria une dernière fois : « A bas les prétoriens, les traîneurs de sabre! Il faut une victime au destin ;

pour éviter la guerre civile à mon pays, je me sacrifie ! » Et le pauvre fou, avant qu'on pût le retenir, s'élança du haut du pont dans la Seine.

Malgré tous les efforts faits pour le sauver, on n'a pu retirer du fleuve que son cadavre. (Le *Temps*, numéro du mercredi 14 septembre 1898.)

74. *Assassinat commis par un aliéné.* — On télégraphie d'Alais à l'*Agence Havas* (20 septembre 1898) :

« Un assassinat a été commis, hier, dans la commune de Saint-Privat-des-Vieux. Un nommé Fayon, après une discussion futile, a, d'un terrible coup de gourdin sur la tête, tué raide le nommé Mauras, propriétaire.

« Le meurtrier est un homme dangereux qui a déjà été interné dans une maison d'aliénés.

« Après avoir raconté son crime dans un village, il a fui à travers champs. La gendarmerie est sur ses traces. »

75. *Un drame de la folie.* — On nous télégraphie de Lunel que le nommé Auguste Frès, visiteur au Paris-Lyon-Méditerranée, que l'on dit être déséquilibré, vivait avec la femme Maurel, dont il était jaloux. Vers deux heures, il était dans sa chambre, rue Marc-Antoine-Ménard, avec sa maîtresse. On entendit des coups de feu. La femme Maurel apparut tout ensanglantée et criant que Frès avait tiré sur elle quatre coups de revolver. Les voisins s'élancent. Frès, qui est à sa fenêtre, fait feu et, d'un coup de fusil, blesse à l'épaule M^me^ Maubon, qui, attirée par le bruit, sortait dans la rue. M. Maubon s'élance au dehors et se précipite vers la maison du fou. Deux personnes veulent le retenir, mais il ouvre la porte à deux battants. Frès, qui est dans l'escalier, fait feu sur Maubon et le tue d'un coup de fusil en pleine poitrine. Puis, furieux, le fou tire sur des passants inoffensifs. La rue est très étroite. M^me^ Joséphine Théron, âgée de vingt-cinq ans, reçoit une grave blessure à l'épaule; M. Dumas, âgé de quarante-quatre ans, journalier, est blessé aux jambes; M. Capdevielle, peintre, âgé de vingt ans, est blessé au mollet; M. Marioge, âgé de trente-cinq ans, tonnelier, est blessé au nez; M. Paul Courtier reçoit plusieurs blessures.

La gendarmerie et la troupe sont sur les lieux. On parle de doucher le forcené. Des hommes montent sur les toits des maisons voisines et des gendarmes se dirigent vers la porte de la maison. Celle-ci s'ouvre brusquement et Frès paraît armé jusqu'aux dents. Tout à coup un cri retentit; une pierre tombée sur Frès, l'a abattu. Aussitôt on s'empare de lui et on fouille la maison. Dans la chambre du forcené, on trouve un Lefaucheux chargé de deux cartouches, un revolver chargé, un fusil à piston, un sabre-baïonnette. Le parquet pénètre avec le docteur.

La blessure de Frès est peu grave. On le garrotte et on le transporte à la prison. La foule crie : « A mort! »

Interrogé, Frès balbutie et nie. Quelques instants après, il a repris tout son calme et ne paraît pas se douter de son forfait. (Le *Temps*, numéro du mardi 27 septembre 1898.)

76. *Homicide.* — On lit dans les *Droits de l'homme* (numéro du samedi 22 octobre 1898) :

Un nommé Chancerelle Maurice, âgé d'environ vingt-sept ans, sans profession, demeurait depuis quelque temps, au numéro 53 de la rue Caulaincourt, avec sa maîtresse, une jeune fille de vingt ans, nommée Lesage Reine.

Chancerelle donnait depuis un certain temps des signes non équivoques d'un dérangement cérébral; à propos de futilités, il entrait dans des colères furieuses, brisant tout ce qui se trouvait à sa portée, battant même sa maîtresse à coups redoublés.

Ce matin, vers six heures et demie, les voisins de l'irrégulier ménage entendirent dans leur appartement le bruit d'une violente dispute et un vacarme effroyable. Puis le vacarme cessa, on n'entendit plus que des gémissements.

Des voisins se décidèrent alors à intervenir et enfoncèrent la porte de l'appartement occupé par les deux amants, après avoir prévenu les gardiens de la paix. Ils se trouvèrent en présence d'un spectacle émouvant : la malheureuse femme était étendue tout de son long dans sa chambre, baignant dans une énorme mare de sang.

Un médecin, aussitôt prévenu, ne put que constater le décès. Dans un accès de folie furieuse, Chancerelle avait lardé sa maîtresse de vingt-deux coups de couteau, dont un en plein cœur.

Le meurtrier n'avait pas songé à s'enfuir; des agents s'emparèrent de sa personne et le conduisirent devant M. Dupuis, commissaire de police du quartier des Grandes-Carrières, qui l'a envoyé à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Le corps de la victime a été transporté à la Morgue.

77. *Un suicide épouvantable.* — Sous ce titre, le *Temps* (numéro du dimanche 23 octobre 1898) rapporte le fait divers suivant :

Ce matin, vers neuf heures, un ouvrier mécanicien du nom de Hervé, habitant rue Cambon, pris de folie, était monté dans un appartement du deuxième étage et avait cloué la porte. Puis, se mettant à la fenêtre, il menaça les passants de les tuer. Ce fut une panique dans la rue. On alla chercher le commissaire de police, M. Dupuis, qui vint aussitôt, accompagné de son secrétaire.

Pendant ce temps, le fou, exécutant ses menaces, jetait sur les passants ses outils et les meubles.

Il brûla ostensiblement cinq billets de banque de 100 francs, lança dans la rue une bourse remplie de pièces d'or, puis se mit à chanter.

Désespérant d'avoir raison de ce fou, impuissant à faire forcer la porte d'entrée, le commissaire de police fit venir les pompiers de la rue Blanche, qui braquèrent sur le forcené deux lances de pompe.

L'ouvrier mécanicien reçut cette douche d'abord sans broncher. Il n'abandonna pas la fenêtre, où il continuait ses dangereuses extravagances. Mais au bout de vingt-cinq minutes, il monta sur l'appui de la fenêtre, mit à nu sa poitrine et s'enfonça à coups de marteau un poinçon dans la région du cœur.

Hervé tomba dans la rue, où il se fracassa le crâne sur le pavé. Transporté à l'hôpital Lariboisière, le pauvre fou y est mort dans la soirée.

78. *Drame de la folie.* — Le *Gaulois* (numéro du mardi, 25 octobre 1898), rapporte sous ce titre le fait divers suivant :

Au moment où le train-tramway quittait hier matin la station du pont Marcadet, une femme d'un certain âge s'élançait sur la locomotive, embrassait le mécanicien en lui criant :

— Tu as pu t'évader de l'île du Diable. Tu as bien fait. Ils ne te reconnaîtront jamais sous ton déguisement.

Le mécanicien voulut stopper, mais la malheureuse femme, s'élançant sur la voie, s'est grièvement blessée dans sa chute.

Cette pauvre folle est une nommée Julie Rivière, âgée de cinquante-trois ans. Son fils a été emporté par les fièvres à Madagascar et c'est depuis lors qu'elle a perdu la raison.

Résumé. — En une année, du 1er novembre 1897 au 31 octobre 1898, nous avons recueilli dans les journaux 78 cas d'aliénés en liberté, ayant commis, les uns de simples excentricités ou des actes délictueux, la plupart, au contraire, des homicides, des tentatives d'homicide, des menaces de mort, des incendies, etc. Voici la statistique qu'il nous a paru utile et intéressant d'en dresser :

Tentatives d'homicide, agressions violentes, menaces de mort.	23
Homicides.	16
Excentricités et actes délictueux.	15
Homicides et suicides.	12
Suicides.	10
Incendies	2
Total	78

Ainsi, sur 78 cas, il n'y a pas eu moins de 28 homicides, dont 12 ont été suivis du suicide de l'aliéné après le meurtre commis. Nous ne parlons que pour mémoire des deux incendies et de

nombreuses agressions violentes, menaces de mort et simples tentatives d'homicide ; mais ce qui nous paraît plus important, c'est de constater le nombre des victimes qu'ont occasionné ces 78 cas d'aliénés en liberté : il y a eu :

Morts.	28
Blessés grièvement.	28
Suicidés.	20
Total.	76

Ainsi, dans l'espace d'un an, nous trouvons, et encore notre statistique est-elle loin d'être complète, 28 personnes qui ont été tuées par des aliénés en liberté 28, qui ont été blessées grièvement ; enfin 20 aliénés se sont suicidés, la plupart après avoir tué, soit leur femme ou leur mari, leurs enfants, etc.

La plupart de ces crimes ont été commis par des aliénés depuis longtemps malades, et qu'on s'obstinait à ne pas vouloir séquestrer ; un grand nombre par des aliénés qui avaient déjà été traités dans les asiles ou qui en étaient sortis prématurément.

Cette statistique, que nous continuerons, quelque déplaisante qu'elle paraisse à certains nouveaux réformateurs de la médecine mentale — cette statistique se passe de commentaires. Nos adversaires nous reprochent, en recueillant les cas de crimes et délits commis par des aliénés en liberté, de faire œuvre *enfantine ;* c'est possible, à leur point de vue. Mais ils ne feront jamais accroire à personne qu'un système — fût-il passé à l'état de dogme — soit parfait, lorsqu'il ne tient compte que d'un côté de la question. Peu leur importe la sûreté des personnes, nos réformateurs ne voient que l'aliéné ; le médecin aliéniste, véritablement digne de ce nom, doit au contraire avoir un double souci : celui de l'aliéné — et aucun d'entre nous, quoi qu'on en dise, ne faillit à ce devoir — et celui aussi de la sécurité sociale qui est certes peu assurée lorsqu'en douze mois on peut constater que cinquante-six personnes ont été tuées ou blessées grièvement par des aliénés en liberté. — A. R.

TRIBUNAUX

Folie et diffamation. — De notre correspondant du Havre :

Le tribunal du Havre, siégeant correctionnellement, a statué hier sur un curieux procès en diffamation.

Le 27 août dernier, M. Lericolay, ancien commissaire de police à Rouen, adressait au sous-préfet du Havre une lettre accusant M. Kolb, commissaire central de cette ville, de manquement à son devoir professionnel. Cette lettre était accom-

pagnée de numéros de la *Tribune normande* reproduisant ces accusations.

La lettre ne fut pas rendue publique ; le sous-préfet la communiqua seulement à son subordonné. Néanmoins, le ministère public, instruit des faits, poursuivit M. Lericolay comme auteur d'une lettre diffamatoire.

L'avocat de celui-ci a plaidé, hier, l'incompétence du tribunal, comme n'ayant pas qualité pour connaître d'injures envers un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions, et a demandé ensuite l'acquittement de son client en se fondant sur ce fait que le délit de diffamation n'existait pas, la lettre accusatrice n'ayant pas été divulguée et le sous-préfet du Havre, supérieur hiérarchique du commissaire central, ayant seul qualité pour recevoir des plaintes contre lui.

Le tribunal n'a pas été de cet avis. Il a prononcé le rejet de l'exception d'incompétence soulevée au nom de M. Lericolay, mais, avant de statuer au fond, « dit et ordonne que le prévenu sera examiné au point de vue mental » à raison de ses réponses à l'audience et de l'explication qu'il a donnée des motifs qui l'ont fait agir. (Le *Temps*, numéro du mardi 25 octobre 1898.)

FAITS DIVERS

Un cheval alcoolique. — Les sapeurs-pompiers du poste voisin du boulevard de la Villette étaient requis ce matin pour procéder au sauvetage d'un cheval, qu'il s'agissait de retirer de la cave d'un marchand de vin. Depuis quelque temps, le débitant de vin s'apercevait de vols commis dans sa cave, sans pouvoir en découvrir les auteurs. Ce qui l'intriguait le plus, c'est que les voleurs n'emportaient rien, mais buvaient sur place, On retrouvait les bouteilles, le goulot cassé, couchées sur le flanc et complètement vides. En même temps, le cheval du marchand de vin, dont l'écurie était située au-dessus de la cave, donnait des signes de malaise. Il avait des vertiges, chancelait sur ses boulets, s'abattait à tout moment sans cause apparente.

Ce matin, vers cinq heures, le marchand de vin, en descendant à l'écurie, ne fut pas peu surpris de la trouver vide. Il crut d'abord qu'on lui avait volé son cheval. Bientôt un bruit infernal venant de la cave attira son attention. Appelant ses garçons, il y descendit armé d'un revolver, pensant se trouver en face des malfaiteurs. A sa grande stupeur il n'y avait dans la cave que son cheval, couché au milieu d'un tas de bouteilles cassées et détachant des ruades sur les barriques à sa portée. Ce fut en vain qu'on essaya de remettre le quadrupède sur pieds et de lui faire remonter l'escalier. Il fallut appeler les

pompiers pour le hisser dans son écurie, où il retomba immédiatement sur le flanc dans un état offrant tous les symptômes d'un violent mal de mer.

Le vétérinaire, appelé pour le soigner, déclara, à la surprise générale, que le cheval était simplement ivre mort; il ajouta que l'animal donnait tous les signes d'uu alcoolisme invétéré. Ce fut la clef du mystère pour le marchand de vin. Ses voleurs et son cheval ne faisaient qu'un! Il se rappela qu'il y a quelques mois Pompon (c'est le nom du cheval) ayant été un peu surmené, on lui avait, à plusieurs reprises, donné de l'avoine trempé de vin pour le réconforter; un garçon d'écurie paresseux avait trouvé plus simple de lui donner à boire au goulot de la bouteille, comme font les entraîneurs pour faire boire du champagne aux chevaux de courses. Cela avait été une révélation pour Pompon. Depuis, l'intelligent animal, détachant son licol la nuit quand tout le monde dormait, ouvrait le loquet de la cave avec ses dents, et descendait boire un coup clandestinement. Malheureusement pour lui, il avait cette nuit forcé la dose, ce qui l'a perdu; à l'avenir, le licol sera étroitement ajusté et la porte de la cave a reçu une serrure fermant à clef. (Le *Temps*, numéro du 6 septembre 1898.)

Drame dans un asile de vieillards. — Un horrible drame a eu lieu à l'asile des vieillards de Libourne. Un pensionnaire de l'asile, Coiron, charretier, âgé de soixante-treize ans, est entré dans la chapelle au moment où les religieuses de l'asile étaient en prières et a frappé d'un coup de tronçon de fleuret emmanché dans une canne la supérieure, sœur Boinet. Atteinte sous l'aisselle, la sœur Boinet s'affaissa. Le meurtrier frappa alors une autre religieuse, à laquelle il fit une blessure à la poitrine et une autre à la tempe. Une religieuse très robuste, sœur Augustine, parvint à s'emparer de l'arme de Coiron, et d'autres pensionnaires, accourus aux cris, voulurent arrêter le meurtrier; mais celui-ci, dans sa frénésie, se coupa la gorge avec un vieux rasoir qu'il avait dans sa poche. Coiron à succombé presque aussitôt. L'état de la supérieure, sa première victime, est assez grave. (La *Petite Gironde*, numéro du 24 septembre 1898.)

Suicide étrange. — On lit dans le *Siècle* (numéro du lundi 17 octobre 1898) :

Le nommé François Le Goff, propriétaire-cultivateur à Kerbos en Gourin (Ille-et-Vilaine), s'est donné la mort dans des conditions affreuses.

Le pauvre homme s'est coupé le ventre de gauche à droite, avec un très fort couteau, et, s'acharnant sur ses propres entrailles, il en coupa deux ou trois morceaux qu'il eut le courage de jeter loin de lui. Un médecin, le D^{r} Guillou, appelé

immédiatement, s'est trouvé dans l'impossibilité de rien tenter en présence de cette affreuse mutilation.

Le Goff a survécu deux heures et demie à ses blessures et a fait appeler un prêtre.

Il laisse une veuve et sept enfants, dont l'aîné est âgé de neuf ans.

La morphinomanie en Prusse. — Un docteur allemand vient de faire la statistique du nombre d'individus qui meurent en Prusse empoisonnés par la morphine. Il en a compté jusqu'à 135 cas dans une année, soit 80 hommes et 55 femmes. Parmi les hommes, il y avait 20 docteurs en médecine, 2 pharmaciens et 2 garde-malades qui moururent presque tous entre trente et quarante ans. Chez les femmes, on remarque des épouses de docteurs, des rentières, des sœurs de charité, et même une camériste, qui mourut peu de temps après sa maîtresse. (*Gazette hebdomadaire de médecine*, numéro du jeudi 20 octobre 1898.)

Concours pour la nomination à la place de médecin-adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière. — Ce concours sera ouvert le jeudi 1er décembre 1898, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3. — Le registre d'inscription des candidats sera ouvert à midi, le lundi 31 octobre, et sera clos définitivement le lundi 14 novembre, à trois heures.

.

Enseignement.

Ecole pratique des Hautes-Etudes (Nouvelle Sorbonne). — Histoire des doctrines de psychologie physiologique. — M. Jules Soury, directeur-adjoint, traitera, à partir du 7 novembre, les lundis à quatre heures et demie, des *Centres corticaux de la sensibilité spéciale* (centres de projection), et les vendredis, à la même heure, de la *Structure et des fonctions du système nerveux central* (*théorie des neurones*).

.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VIIIe VOLUME DE LA HUITIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Le Congrès des médecins aliénistes et nenrologistes de France et des pays de langue française. — Neuvième session tenue à Angers ; par le Dr A. Girand. 177

II. — Psychologie morbide.

Génie et folie. Réfutation d'un paradoxe (*suite*) ; par le Dr A. Regnard 16 et 204

III. — Pathologie.

Un cas de paralysie générale jnvénile avec syphilis héréditaire; par les Drs Saporito et Régis. 26

Sur les altérations des cellules nervenses, de la cellule pyramidale, en particulier, dans la paralysie générale ; par le Dr Anglade. 40

Etnde séméiologiqne de l'agitation ; par le Dr P. Cololian 47, 204 et 373

Sur trois cas d'impnlsion chez des dégénérés ; par le Dr Iscovesco. 62

Les phénomènes de la distraction cérébrale et les états dites de dédonblement de la personnalité ; par le Dr Lanpts. 353

IV. — Médecine légale.

De la criminalité chez les aliénés dn département de l'Aveyron (*suite et fin*) ; par les Drs J. Ramadier et Fenayrou. 75

Consultation médico-légale au sujet d'un internement ; par le Dr Henry Bonnet. 397

V. — Établissements d'aliénés.

Une visite à la cliniqne psychiatriqne de Giessen (Grand-Dnché de Hesse) ; par le Dr P. Ladame (de Genève) 412

VI. — Revue critique.

PAGES

Du délire psychique post-opératoire; par le Dr Lucien Picqné. . . 91
Des psychoses post-opératoires. Du rôle que la natnre de l'opération chirurgicale peut joner dans leur production; par les Drs Lucien Picqné et Marcel Briand. 249
Les fonctions du cerveau et les échanges organiqnes; par Jules Soury. 427

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance solennelle du 25 avril 1898. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Giraud, Leroy, Charon, J. Dumaz. — Rapport de la Commission du prix Anbanel : M. Chaslin. 108
Séance du 6 juin 1898. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Régis, Pilcz, J. Falret, Ozenne, Beca. — Présentation d'un pupillomètre : M. Toulouse. — Rapport de M. Séglas snr la candidatnre de M. Nina Rodriguez; élection. — Anatomie pathologiqne et étiologie de la paralysie générale (*suite*) : MM. Daniel Brunet, Mairet et Vires, Gilbert Ballet, Arnand, Toulouse, Charpentier, Christian, Vallon, Briand. 273
Séance du 27 juin 1898. — A propos du procès-verbal : M. Joffroy. — Mort de M. Aug. Voisin : MM. Menriot, Ritti. — Rapport de M. P. Sérieux sur la candidature de M. Pilcz; élection. — Rapport de M. P. Sérieux sur la candidature de M. Charon; élection. — Anatomie pathologiqne et étiologie de la paralysie générale (*suite*) : M. Daniel Brunet. — Le délire monotone commun aux aliénés chroniqnes des asiles on délire d'emprunt : M. Charpentier. 293
Séance du 25 juillet 1898. — Correspondance : MM. Vallon, Charon, Pilcz. — Rapport de M. René Semelaigne snr la candidature de M. Nageotte; élection. — Rapport snr l'onvrage de M. Funaioli « sur la paralysie générale » : M. Arnaud. . . . 313

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1895-1898).

(Anal. par les Drs Cullerre et Picqué.)

Les cellules nerveuses multipolaires et la théorie du nenrone de Waldeyer. 111
Paralysie générale jnvénile d'origine syphilitiqne. 111
Discnssion sur l'alcoolisme. 112
Discnssion sur les psychoses post-opératoires. 113 et 453
Syphilis héréditaire de la moelle épinière. 451
Epaisseur des os de la voûte cranienne à l'état normal et à l'état pathologique. 451

PAGES

Paralysies toxiques en général et paralysie arsenicale en particulier. 452
Alcoolisme chez l'enfant. 452
Double ophtalmoplégie extérieure et héréditaire chez six membres de la même famille. 453

JOURNAUX ANGLAIS (1895).

(Anal. par le Dr PONS.)

Examen de l'influence des agents réflexes et toxiques, comme cause de folie et d'épilepsie. 129
L'affection tuberculeuse et son traitement dans les asiles irlandais. 132
Types spasmodique et tabétique de la paralysie générale. 133
Effets d'une maladie physique intercurrente sur les désordres mentaux. 133
La parenté entre la paralysie générale et la néphrite chronique. . 135
La tendance à la fracture des côtes chez les aliénés. 136
Cas de crétinisme sporadique traités par l'extrait de thyroïde. . . 137
Cas de phénomènes sensoriels morbides remarquables, d'un caractère explosif ou épileptique résultant d'anciennes blessures à la tête. 138
Affections trophiques intestinales chez les aliénés. 139
Note sur un cas d'épilepsie avec aphasie. 140

JOURNAUX FRANÇAIS (1895)

(Anal. par le Dr CULLERRE.)

Forme hystérique de la maladie de Raynaud et érythromélalgie. . . 459
Cas de folie simulée. 459
Intoxication dans l'épilepsie. 460
Cas d'hémianopsie hystérique. 460
Eléments communs à tous les quartiers d'un asile d'aliénés . . . 461
Infanticide et hystérie. 461
Traitement et éducation de la parole chez les enfants idiots et arriérés. 461
Psychoses sur un fond de dégénérescence chez le vieillard 461
Méningo-myélite diffuse dans le tabes, la paralysie générale et la syphilis spinale. 462
Développement de l'assistance des aliénés en Allemagne. 462
Quartiers spéciaux d'un asile d'aliénés. 462
Eructations hystériques. 463
Des myoclonies. 463
Du larmoiement hystérique. 464
Origine épileptique de l'automatisme ambulatoire. 465
Méthode graphique appliquée à l'étude du traumatisme cérébral. . 465
Considérations générales sur l'hérédité hétéromorphe. 466
Trois cas d'hystéro-traumatisme. 466
Homicide volontaire commis sous l'influence de la lecture des journaux anarchistes. 467
Surmenage intellectuel dans les écoles et nervosité. 467
Irresponsabilité des actes chez les aliénés. 467
Troubles intellectuels dans l'intoxication professionnelle par le sulfure de carbone. 468
Pervertis et invertis sexuels; les fétichistes. 468

PAGES
Cas de névrose tranmatiqne de l'estomac avec mérycisme. 469
Des condamnés devenus aliénés 469
L'hospitalisation de la folie et les nouveaux asiles ouverts pour aliénés. 470
Tentative de suicide et de parricide. 471
Fétichiste honteux. 471

JOURNAUX ITALIENS (1896).

(Anal. par JULES SOURY.)

Observations cliniques et anatomo-pathologiqnes sur un cas peu commun de poliomyélite antérieure aiguë 471
Toxicité dn suc gastrique chez les épilèptiques 473
Différences des propriétés d'inhibition dans la chaîne ganglionaire du Palinurus vulgaris. 474
Quelqnes particularités de strnctnre dn noyan des cellnles nerveuses. 475
Prétendue découverte faite dans le noyau des cellules nerveuses. 479
Contribution à la physiologie de la cellule nerveuse. 479
Paralysie bulbaire unilatérale. 482
Méningo-encéphalites infectieuses et toxiqnes après la section du sympathique cervical. 482
Formes stupides et formes confnsionnelles de l'amentia 483
Terminaisons nerveuses dans la dnre-mère cérébrale de l'homme. . 485
Modifications dn nucléole de la cellule nerveusc sous l'influence d'empoisonnement par la strychnine et le chloroforme 486
D'une forme surtout ataxique de mogigraphie 488
Empoisonnement expérimental par l'acétate d'urane (dégénération systématisée de la moelle épinière). 489
Pouls lent chez une aliénée, de nature inhibitoire. 490
Epidrose unilatérale de la face. 492
De l'origine du lemniscus. 493
Anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'urémie aiguë expérimentale. 493
Hydrocéphale congénitale familiale. 494

III. — Bibliographie.

Le ganglion basal et la commissure habénnlaire dans l'encéphale de la salamandre; par le prof. A. van Gehuchten (Anal. par J. Sonry). 142
Recherches cliniques et thérapentiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendn dn service des enfants idiots, épileptiqnes et arriérés de Bicêtre, ponr les années 1895 et 1896 ; par le Dr Bonrnéville (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 146
Internement des aliénés (thérapentique et législation); par le Dr Paul Garnier (Anal. par le Dr A. Cullerre. 149
Epilepsie et crime ; par le Dr Julio Afranio Peixoto (Anal. par le Dr Anglade). 318
L'intervention chirurgicale dans les épilepsies. Rapport au premier Congrès de psychiatrie, de névrologie et d'hypnologie (Bruxelles, septembre 1897) ; par le Dr C. Winkler, d'Amsterdam (Anal. par le Dr A. Cullerre). 323
Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses (Salpêtrière, 1887-1894); par le Dr J. Séglas (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 496

PAGES

Genèse et nature de l'hystérie ; par le Dr Paul Sollier (Anal. par le Dr Ph. Chaslin). 499
Les causes de la folie ; propbylaxie et assistance ; par le Dr Toulonse (Anal. par le Dr A. Cullerre) 502
Les persécutés mélancoliques ; par le Dr G. Lalanne (Anal. par le Dr E. Tbibaud). 503
Rapport du directeur-médecin de Matteawan State Hospital pour l'année finissant le 30 septembre 1896 ; par le Dr H.-E. Allison 1897 (Anal. par le Dr Cullerre) 505
Soixante-dixième rapport annuel de l'Asile royal de James Murray, Pertb, 1897 (Anal. par le Dr Cullerre) 506
Psychological Medicine (1887-1897) ; par les Drs sir James Crichton-Browne et A.-U. Urqubart (The Practitioner, juin 1897) (Annal. par le Dr Cullerre) 507
Second rapport annuel du bureau des administrateurs du second bôpital pour les aliénés de Maryland, Baltimor, 1897 (Anal. par le Dr Cullerre) 507

Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Assemblée générale du 25 avril 1898. 325

Bulletin bibliographique. 139, 327 et 507

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Grubier, Pozzi, Picqué, Manclaire, Raoul, Nageotte, Dufour.— Nécrologie : L. Guillemin.— Banquet de la Société médico-psychologique.— Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine.— Les aliénés en liberté (*suite*). — La folie du roi Othon de Bavière. — La criminalité en Angleterre. — Tribunaux — Faits divers. — XIIIe Congrès international de médecine. Paris, 2-9 août 1900. Section de psychiatrie. — Programme du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes. Session d'Angers. — Prix de la Société médico-psychologique. — Enseignement : M. Toulouse. 155
Nominations et promotions : MM. Vernet, Legrain, Papillon, Gilbert-Petit, Journiac, Boiteux, Maunier, Levet, Maupaté, Balet, Baudard, Raoul, Roux, Pécbarman, Leroy. — Nécrologie : Aug. Voisin, Sisteray. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Les suicides en Italie en 1896. — Faits divers. — XIIIe Congrès international de médecine. Paris, 2-9 août 1900. Section de psychiatrie. 332
Nominations et promotions : MM. Dufour, Gex, Ramadier, Berbez, Charuel, Santenoise. — Le spectacle et la musique chez les aliénés. — Les aliénés en liberté (*suite*). — Tribunaux. — Faits divers. — Enseignement : M. Jules Soury. 510

Table des matières du tome VIII de la 8e série. 524

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — L. Marethbux, imprimeur, 1, rue Cassette.